



2024

Istituto Oncologico Veneto – IRCCS

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2024

Relazione sugli obiettivi art. 10, comma 1, lettera b) del D. Lgs. n. 150/2009

Sommario

PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE	6
1. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	7
1.1 LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	7
1.2 L'AZIENDA IN CIFRE	7
1.3 QUADRO COMPLESSIVO DEI LIVELLI DI ATTIVITÀ	8
1.4 ATTIVITÀ DI RICOVERO: ANDAMENTO TRIENNIO 2022-2024	9
1.4.1 LA CASISTICA PRINCIPALE DELL'ATTIVITÀ DI RICOVERO PER TIPO DI DRG CHIRURGICO.....	11
1.4.2 LA CASISTICA PRINCIPALE DELL'ATTIVITÀ DI RICOVERO PER TIPO DI DRG MEDICO	12
1.5 ATTIVITÀ AMBULATORIALE: ANDAMENTO TRIENNIO 2022-2024	14
1.5.1 LA CASISTICA PRINCIPALE DELL'ATTIVITÀ AMBULATORIALE	14
1.5.2 LA TELEMEDICINA	15
1.5.3 SCREENING GIOVANI DONNE	16
1.6 SODDISFAZIONE DELL'UTENTE ESTERNO.....	17
1.7 SODDISFAZIONE DELL'UTENTE INTERNO	19
1.8 CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ SECONDO PROCEDURE RICONOSCIUTE IN CAMPO INTERNAZIONALE	20
1.9 CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ SECONDO PROCEDURE RICONOSCIUTE IN CAMPO NAZIONALE	21
1.10 DONAZIONI 5 PER MILLE 2024	22
1.11 FORMAZIONE.....	23
1.12 DOTAZIONE DI PERSONALE: ANDAMENTO TRIENNIO 2022-2024	25
2. IOV E LA RETE DELL'ASSISTENZA ONCOLOGICA NELLA REGIONE DEL VENETO	27
3. I RISULTATI RAGGIUNTI, LE CRITICITÀ E LE OPPORTUNITÀ	28
3.1 OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO 2024	28
4. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI.....	33
4.1 OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI E LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO.....	33
4.2 LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET PER UNITÀ OPERATIVA	33
5. LA METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI RAGGIUNTI	35
5.1 LA CLASSIFICAZIONE DEGLI INDICATORI DI BUDGET.....	35
5.2 LE FASI DELLA VALUTAZIONE FINALE DEL BUDGET	36
6. AREA SOSTENIBILITÀ ECONOMICO FINANZIARIA	37
6.1 VALUTAZIONE COSTO DEGLI "ACQUISTI DIRETTI DI PRODOTTI FARMACEUTICI" RISPETTO AL TETTO ASSEGNATO	37
6.2 VALUTAZIONE COSTO DEI DISPOSITIVI MEDICI (ESCLUSI IVD) RISPETTO AL TETTO ASSEGNATO	38

6.3 VALUTAZIONE COSTO DEGLI IVD RISPETTO AL TETTO ASSEGNATO	38
<u>7. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE</u>	<u>39</u>
7.1 SINTESI DELLE VALUTAZIONI AREA DIRIGENZA	43
7.2 SINTESI DELLE VALUTAZIONI DEL PERSONALE DEL COMPARTO	44
7.3 SINTESI DELLE VALUTAZIONI DEL PERSONALE DEL COMPARTO DELLA RICERCA SANITARIA	46
<u>8. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ</u>	<u>46</u>
8.1 INDICATORI E MACRO AGGREGATI DI BILANCIO	46
<u>9. ATTIVITÀ DI RICERCA</u>	<u>48</u>
9.1 PUBBLICAZIONI E IMPACT FACTOR	48
9.2 STUDI CLINICI PRESSO IOV	49
9.3 PROVENTI DELL'ATTIVITÀ DI SPERIMENTAZIONE CLINICA PER TIPOLOGIA FONDO	53
9.4 FINANZIAMENTI IN GRANT OTTENUTI NEL PERIODO 2022-2024	53
<u>10. RILEVAZIONE DEI TEMPI MEDI DI PAGAMENTO</u>	<u>55</u>
10.1 INDICE DI TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI	55
<u>11. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLE PERFORMANCE</u>	<u>56</u>
11.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ	56
<u>CONSIDERAZIONI</u>	<u>56</u>
<u>RIFERIMENTI NORMATIVI.....</u>	<u>56</u>
<u>APPENDICE: SCHEDE DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE.....</u>	<u>58</u>

Presentazione della relazione

Il ciclo della performance per l'anno 2024 ha avuto inizio con la predisposizione del "Piano Integrato di attività e Organizzazione 2024-2026" (di seguito PIAO 2024-2026) e con il "Documento delle Direttive 2024" nel quale sono state indicate le linee specifiche per l'anno 2024. I documenti sono stati predisposti dalla Direzione Strategica e adottati rispettivamente con deliberazione del Direttore Generale n. 69 del 30/01/2024 e n. 202 del 29/02/2024.

Il PIAO 2024-2026 è stato redatto tenendo conto degli "obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e l'IRCSS I.O.V. per l'anno 2024", assegnati dalla Regione con DGRV 1682 del 29/12/2023. Con tale DGRV la Regione ha assegnato alle Aziende Sanitarie del Veneto un set di obiettivi da raggiungere con gli indicatori e i relativi pesi.

Le discussioni di budget a livello aziendale sono state avviate nel mese di marzo 2024, declinando nelle singole schede di budget, oltre agli obiettivi regionali, specifici obiettivi aziendali definiti in coerenza con quanto individuato nel PIAO 2024-2026. La presa d'atto formale del budget 2024 è stata effettuata con deliberazione del Direttore Generale n. 831 del 27/09/2024 ad oggetto "Presa d'atto delle Schede di Budget per l'anno 2024".

L'Istituto pertanto, come chiusura del Ciclo della Performance per l'anno 2024, ha elaborato la presente Relazione che rendiconta ed evidenzia la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e i risultati della valutazione individuale del personale dipendente.

1. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

1.1 La normativa di riferimento

Nell’ambito del raccordo fra pianificazione Regionale, strategia aziendale e programmazione operativa si è ritenuto di integrare gli obiettivi proposti dalla DGR 1682 del 29/12/2023 con obiettivi specifici contenuti nel PIAO 2024-2026 e riportati nel Documento delle Direttive 2024. Il dettaglio della normativa di riferimento è riportato nella sezione “riferimenti normativi”.

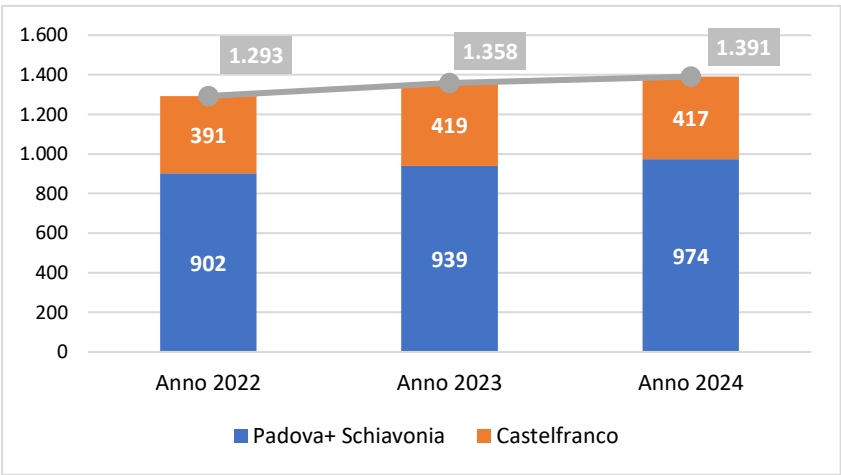
1.2 L’Azienda in cifre

L’attuazione delle linee di indirizzo regionali ha determinato, per lo IOV IRCCS, un importante cambiamento sul fronte organizzativo avviato nel corso del 2018 grazie all’attivazione/trasferimento di nuove Unità Operativa nella sede di Castelfranco Veneto e Schiavonia e proseguito nel 2020 con l’attivazione dell’Hospice presso la sede di Castelfranco Veneto. In tabella 1 si riportano i posti letto per area di degenza e reparto.

Tabella 1 – Dotazione posti letto 2024(flusso ministeriale HSP12 e STS24)

Area degenze	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale
CF-Area chirurgica	0	12	38	50
CF-Area medica	0	0	28	28
CF-Terapia Intensiva	0	0	8	8
PD-Area chirurgica	0	6	24	30
PD-Area medica	38	0	50	88
PD-Terapia Intensiva	0	0	2	2
Totale	38	18	150	206
di cui sede Padova	38	6	76	120
di cui sede Castelfranco Ven.	0	12	74	86
Hospice – sede di Castelfranco Ven.				6

Figura 1 – Personale in servizio allo IOV IRCCS per sede: 2022-2024 (fonte: UOC Gestione Risorse Umane)

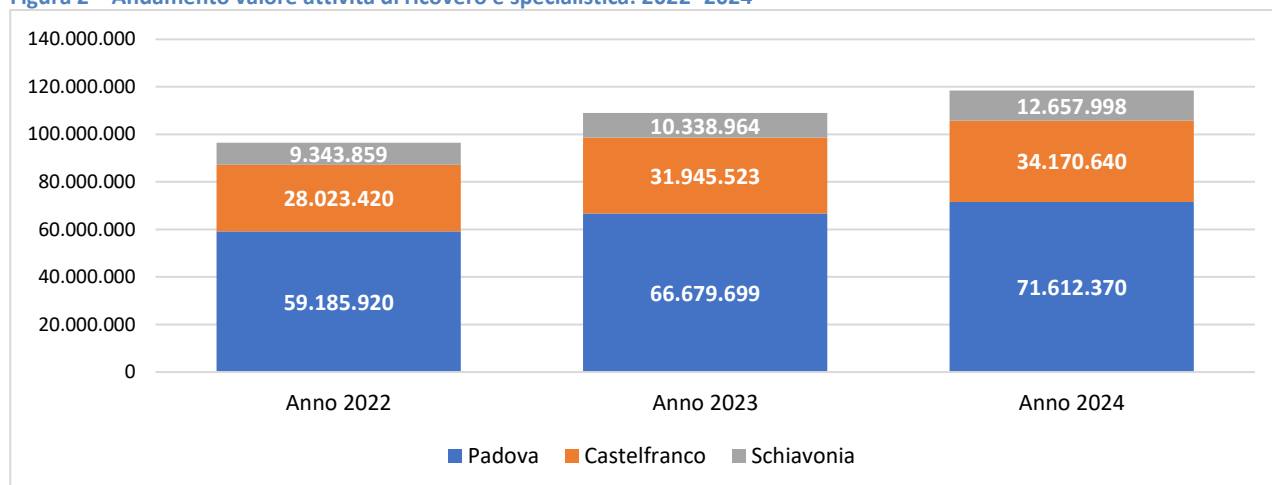


La dotazione del personale al 31/12/2024 si è attestata a 1.391 unità (+2,43% rispetto al 31/12/2023), con un andamento in progressivo aumento come previsto dalla programmazione regionale e rappresentato in figura 1.

1.3 Quadro complessivo dei livelli di attività

In figura 2 è rappresentato il valore dell'attività di ricovero e specialistica erogata dall'Istituto nell'ultimo triennio, suddivisa per sede di erogazione. L'anno 2024 fa rilevare un incremento del valore dell'attività, pari al +8,70% rispetto al 2023.

Figura 2 – Andamento valore attività di ricovero e specialistica: 2022- 2024



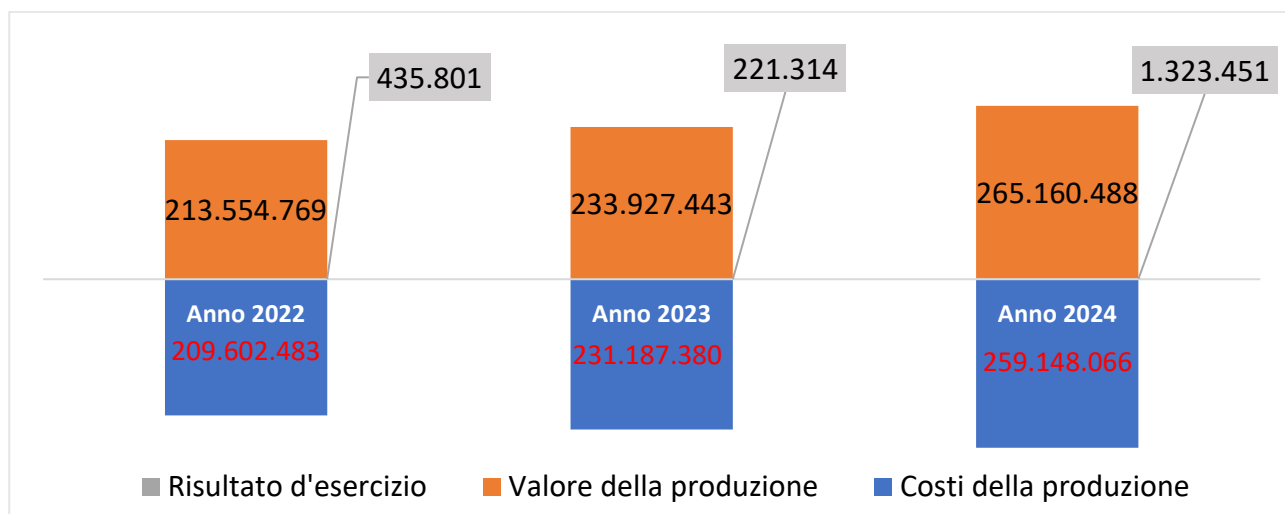
In tabella 2 sono riportati alcuni dati di sintesi dei livelli di attività dell'Istituto che mostrano un complessivo aumento rispetto all'anno precedente determinato dall'incremento di attività in tutte le sedi.

Tabella 2 - Sintesi dati di attività dell'Istituto. Anni 2022-2024

Voce	2022	2023	2024	Scost. 2024/2023	Scost. %
Numero trattamenti chemioterapici	51.151	57.242	59.504	2.262	3,95%
Numero di pazienti in trattamento chemioterapico	6.347	6.945	7.197	252	3,63%
Prestazioni di radiologia e senologia	74.136	80.212	80.836	624	0,78%
Numero trattamenti radioterapici	45.809	48.944	50.084	48	0,10%
Numero di pazienti in trattamento radioterapico	2.853	3.105	3.369	264	8,50%
Numero di prestazioni per progetto screening ricerca papillomavirus (HPV)	36.791	42.678	41.228	-1.450	-3,40%
Numero di interventi chirurgici	6.212	6.764	6.912	148	2,19%
Numero di interventi di chirurgia robotica	461	517	539	22	4,26%
Numero dimissioni da ricovero ordinari	6.833	7.662	7.713	51	0,67%
Numero dimissioni da ricovero diurno	1.439	1.507	1.590	83	5,51%

In figura 3 è riportata una sintesi dei risultati d'esercizio del triennio 2022-2024, che mostra un risultato d'esercizio pari € 1.323.451 per l'anno 2024. La situazione di equilibrio è stata garantita nonostante il rilevante incremento dei costi di produzione rispetto all'anno 2023, compensato dal proporzionale aumento del valore della produzione. Il risultato d'esercizio positivo, in considerazione della modalità di finanziamento dell'Istituto a prestazione (in base alle tariffe dell'attività erogata), evidenzia l'efficienza del processo produttivo dello IOV.

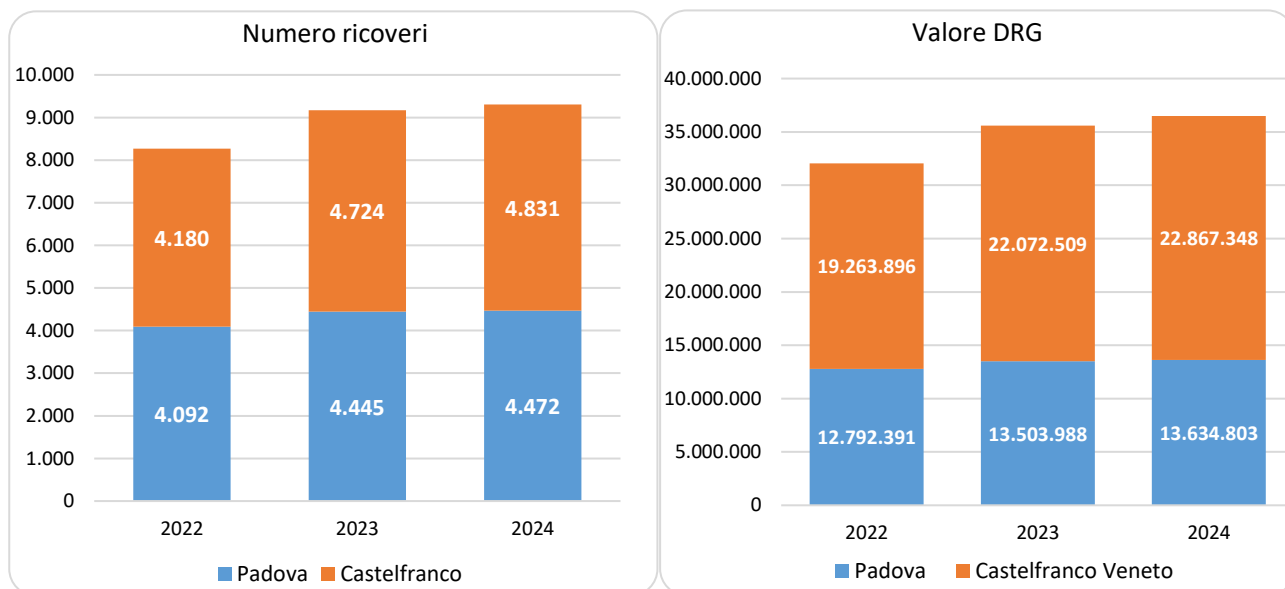
Figura 3 - Sintesi risultato economico: 2022 – 2024



1.4 Attività di ricovero: andamento triennio 2022-2024

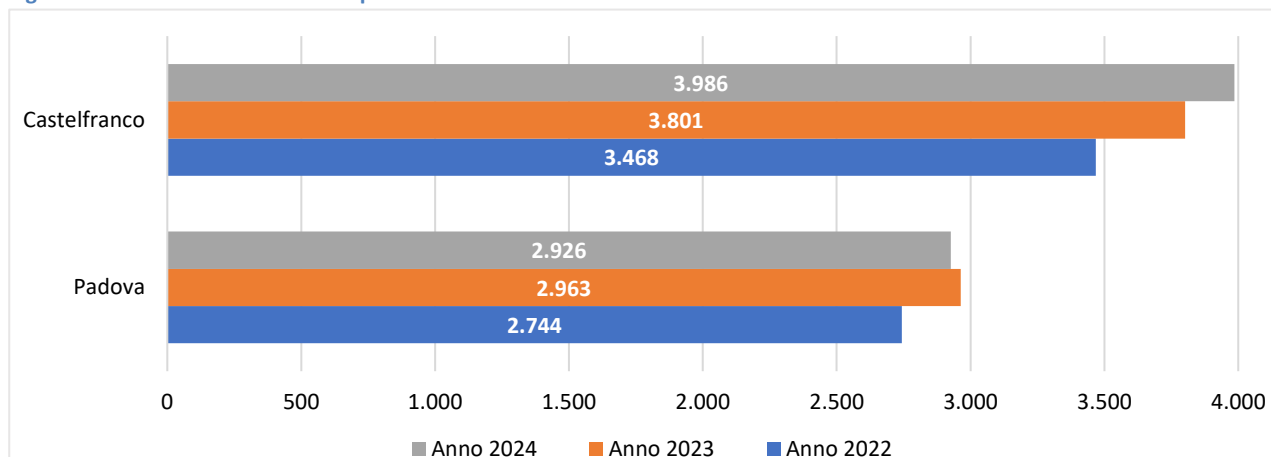
Il numero di ricoveri dell'anno 2024 è stato pari a 9.303 (+134 dimessi rispetto al 2023, +1,5%), di cui 4.831 ricoveri effettuati presso la sede di Castelfranco Veneto e 4.472 della sede di Padova.

Figura 4 - Attività di ricovero: numero dimessi e valore DRG: triennio 2022-2024



L'attività chirurgica nel suo complesso ha registrato nel 2024 un incremento del +1,92% rispetto all'anno precedente, in gran parte dovuto al potenziamento dell'attività presso la sede di Castelfranco Veneto, garantendo un rispetto complessivo dei tempi di attesa per gli interventi di area oncologica (vedi tabella 4). Analizzando i dati per sede si rileva come nel 2024 nella sede di Castelfranco siano stati effettuati 3.986 interventi chirurgici, rispetto a 3.801 nel 2023, con un aumento del +5,3%.

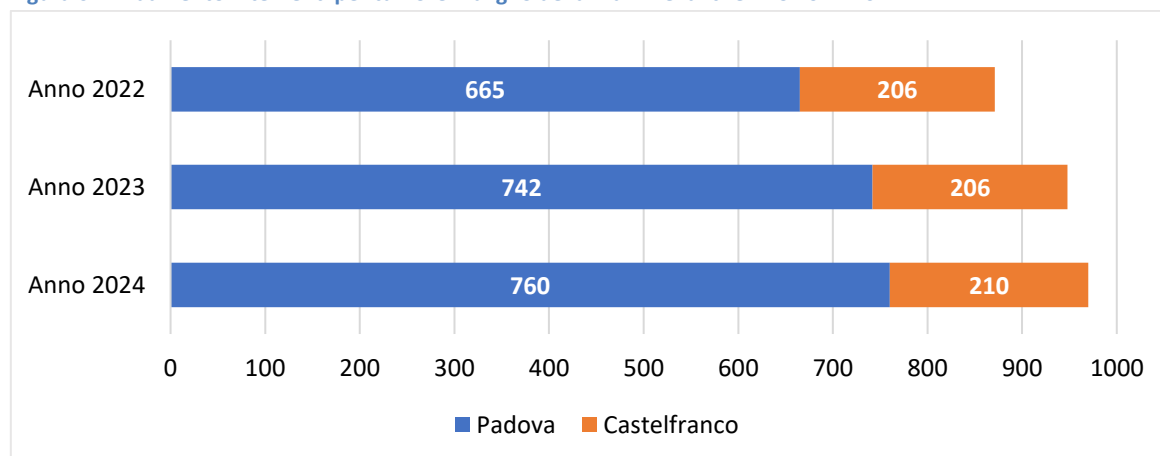
Figura 5 - Andamento n° interventi per sede: triennio 2022-2024



Considerando la tipologia di interventi si riportano i numeri relativi a:

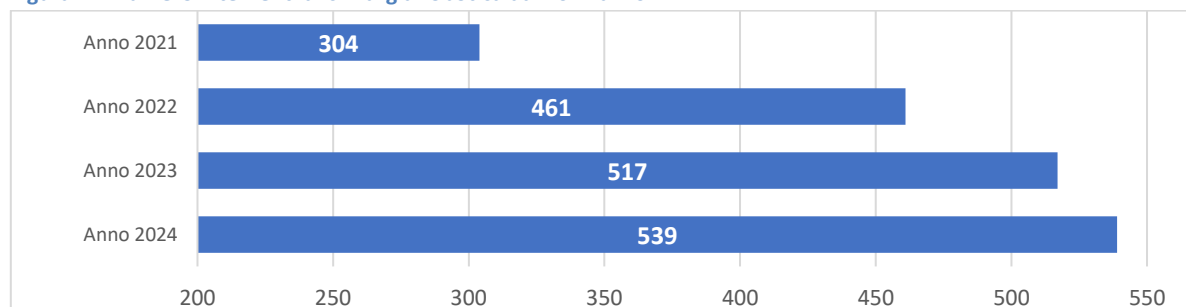
- Attività della chirurgia senologica per tumore maligno alla mammella (+2,3% rispetto al 2023), con un mantenimento dell'attività della sede di Castelfranco sopra la soglia ottimale dei 150 interventi e un aumento della sede di Padova di +18 interventi rispetto all'attività del 2023.

Figura 6 - Andamento interventi per tumore maligno della mammella: triennio 2022-2024



- Attività di chirurgia robotica, avviata nel 2021 nell'ambito della chirurgia oncologica delle vie digestive e della urologia oncologica, nel periodo 2023 è stata superata la soglia dei 1.500 interventi. Nel 2024 vi è stato un incremento del +4,3% nel numero di interventi di chirurgia robotica rispetto all'anno precedente.

Figura 7 – Numero interventi di chirurgia robotica dal 2021 al 2024



1.4.1 La casistica principale dell'attività di ricovero per tipo di DRG Chirurgico

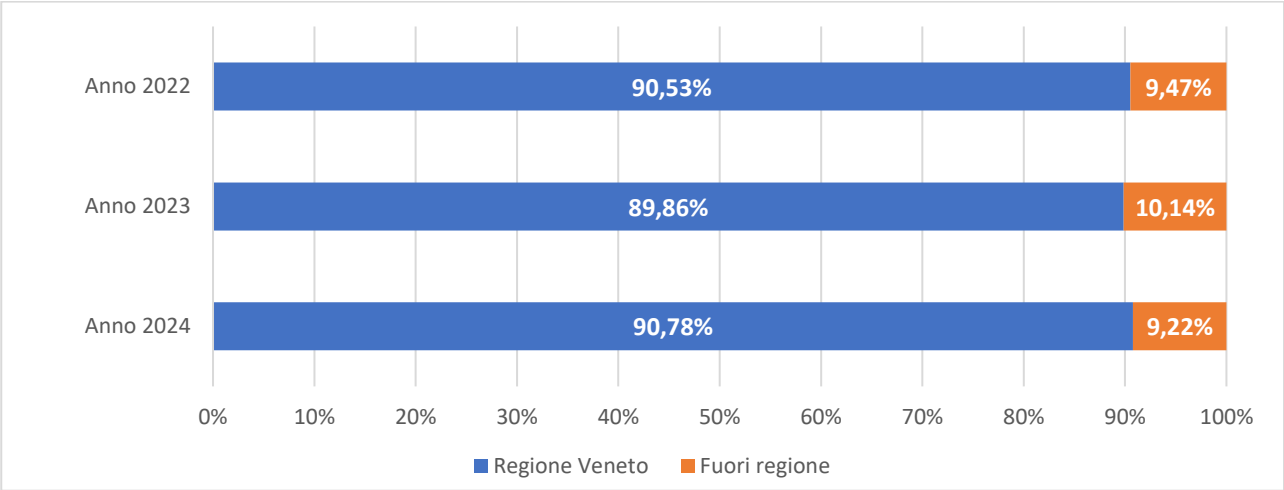
Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali ricoveri con DRG chirurgico in mantenimento rispetto al 2024 e nella figura 8 è rappresentata la percentuale di assistiti per regione di residenza, che mostra un incremento progressivo dei pazienti provenienti fuori regione nell'ultimo triennio.

Tabella 3 – andamento casistica principale DRG chirurgici anni 2022-2024

Drg Chirurgici	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	535	605	585
266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	434	445	508
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	480	594	493
337 - Prostatectomia transuretrale senza CC	261	440	343
335 - Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	218	245	246
258 - Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	210	241	243
262 - Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	162	230	212
290 - Interventi sulla tiroide	155	192	196
402 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	145	130	160
303 - Interventi su rene e uretere per neoplasia	142	130	151
149 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	88	96	116
257 - Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	105	111	114
227 - Interventi sui tessuti molli senza CC	83	117	95
570 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	76	100	95
309 - Interventi minori sulla vescica senza CC	31	42	92
259 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	82	92	90
305 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	85	70	87
461 - Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	115	90	82
540 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	54	67	76
573 - Interventi maggiori sulla vescica	57	84	70
265 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	53	55	67
270 - Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	42	58	63
171 - Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	25	45	57
408 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	54	65	50
261 - Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	79	55	48
<i>Altri DRG di tipo chirurgico</i>	<i>1.057</i>	<i>958</i>	<i>1.053</i>
<i>di cui 481 - Trapianto di midollo osseo</i>	<i>16</i>	<i>26</i>	<i>36</i>
TOTALE	4.828	5.357	5.392

Con riferimento all'andamento dei ricoveri per DRG, si evidenzia il rilevante incremento del DRG "481 – trapianto di midollo osseo" nel 2024, pari a +10 casi (+38%) rispetto al 2023 e + 20 casi (+125%) rispetto al 2022.

Figura 8 - Analisi attività di ricovero per DRG chirurgico e residenza assistito



Nella tabella seguente è riportata la performance relativa al rispetto dei tempi di attesa degli interventi con DRG di tipo chirurgico oncologico suddiviso per sede. Si evidenzia, complessivamente, il pieno rispetto degli obiettivi assegnati a livello regionale nell’anno 2024.

Tabella 4 – Rispetto dei tempi di attesa per interventi di chirurgia oncologica - Anno 2024

% INTERVENTI DI CHIRURGIA ONCOLOGICA CON TEMPO DI ATTESA RISPETTATO (tutte le classi di priorità)		
Mese	PADOVA	CASTELFRANCO
gen-24	100%	99%
feb-24	98%	99%
mar-24	99%	100%
apr-24	98%	100%
mag-24	98%	100%
giu-24	98%	99%
lug-24	99%	100%
ago-24	93%	99%
set-24	90%	97%
ott-24	93%	95%
nov-24	98%	98%
dic-24	96%	99%

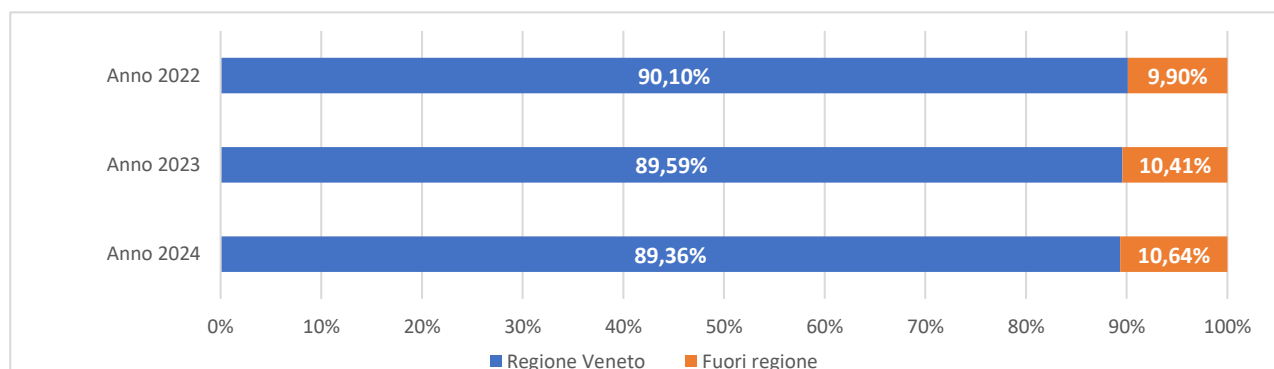
1.4.2 La casistica principale dell’attività di ricovero per tipo di DRG Medico

Nella tabella sottostante è riportato l’andamento dei principali ricoveri con DRG medico in mantenimento rispetto al 2024 e nella figura 9 è rappresentata la percentuale di assistiti per regione di residenza che mostra un mantenimento delle percentuali nell’ultimo triennio.

Tabella 5 – andamento casistica principale DRG medici anni 2022-2024

Drg Medici	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	785	997	1.009
409 - Radioterapia	326	265	236
203 - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	189	181	182
404 - Linfoma e leucemia non acuta senza CC	135	188	150
492 - Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	21	120	150
082 - Neoplasie dell'apparato respiratorio	140	157	139
301 - Malattie endocrine senza CC	139	166	132
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	75	71	87
324 - Calcolosi urinaria senza CC	55	58	85
473 - Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	112	89	80
332 - Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	60	71	79
574 - Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	52	52	75
403 - Linfoma e leucemia non acuta con CC	40	48	59
576 - Setticemia senza ventilazione meccanica > o = 96 ore, età > 17 anni	103	117	58
172 - Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	47	53	57
466 - Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	8	55	54
189 - Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	28	45	51
453 - Complicazioni di trattamenti senza CC	20	44	47
239 - Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	39	32	46
319 - Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	23	26	46
465 - Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	5	34	44
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	24	34	42
204 - Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	47	39	41
180 - Occlusione gastrointestinale con CC	33	23	34
321 - Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	24	13	34
<i>Altri DRG</i>	<i>914</i>	<i>834</i>	<i>894</i>
TOTALE	3.444	3.812	3.911

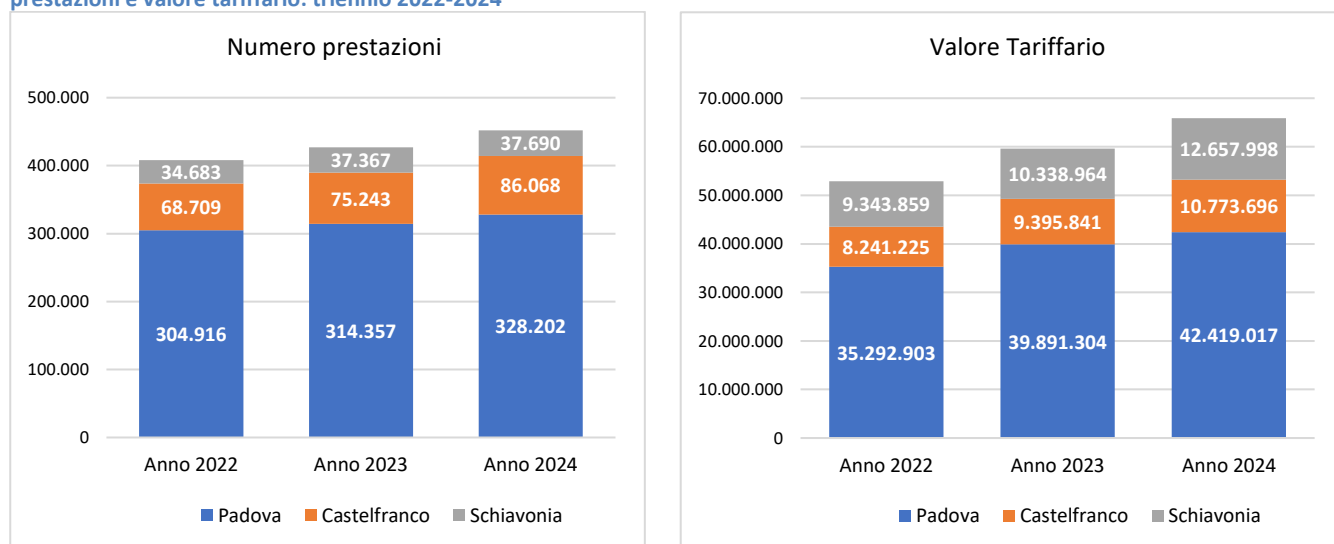
Figura 9 - Analisi attività di ricovero per DRG medico e residenza assistito



1.5 Attività ambulatoriale: andamento triennio 2022-2024

L'analisi dei volumi e del valore tariffario dell'attività specialistica dell'anno 2024 (figura 10) fa rilevare un aumento del +10,44% del valore rispetto al 2023, con un incremento per tutte e tre le sedi di attività dell'Istituto.

Figura 10 - Attività ambulatoriale per pazienti esterni con onere SSN e fatturazione (esclusa la branca di laboratorio) – numero prestazioni e valore tariffario: triennio 2022-2024



1.5.1 La casistica principale dell'attività ambulatoriale

L'attività di chemioterapia conferma il trend di crescita, registrando un incremento delle terapie, sia infusionali sia orali, del +4,43% rispetto all'anno 2023 come mostra la figura 11, ed un incremento dei pazienti in trattamento del +3,75%.

Figura 11 - Andamento numero di chemioterapia e pazienti trattati: triennio 2022-2024

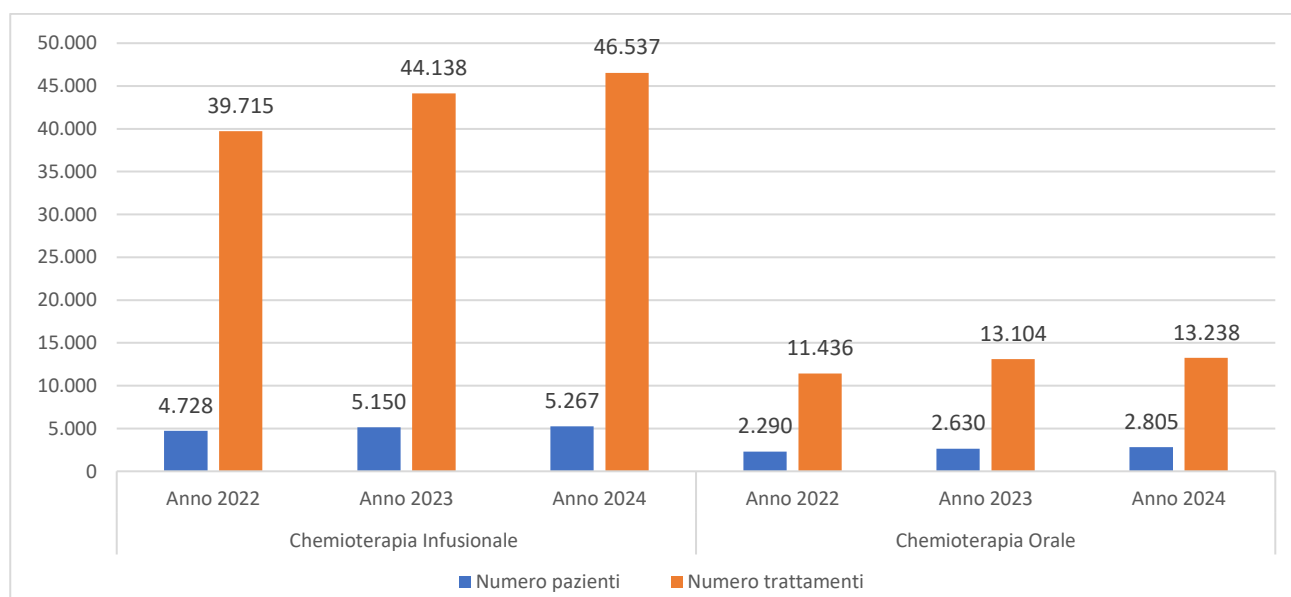
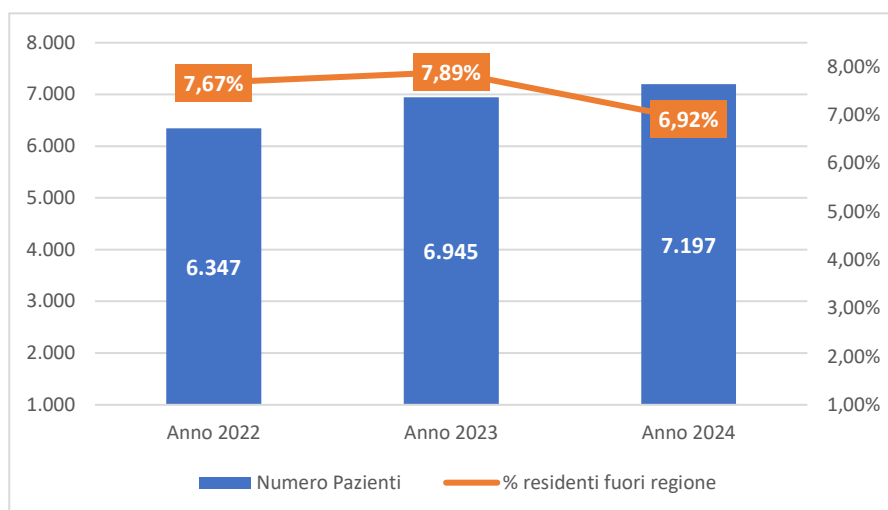


Figura 12 - numero di pazienti con trattamento chemioterapico e % extra regione



In figura 12 si rappresentata la percentuale di assistiti per regione di residenza che mostra un mantenimento delle percentuali nell'ultimo triennio.

1.5.2 La telemedicina

Capofila in Veneto per il follow-up da remoto o telemedicina è l'Istituto Oncologico Veneto IRCCS di Padova. Sulla base del modello IOV, la Regione Veneto ha dato indicazioni su come gestire i servizi a distanza, per effettuare controlli di routine e per garantire la migliore assistenza possibile a chi soffre di malattie croniche su tutto il territorio regionale.

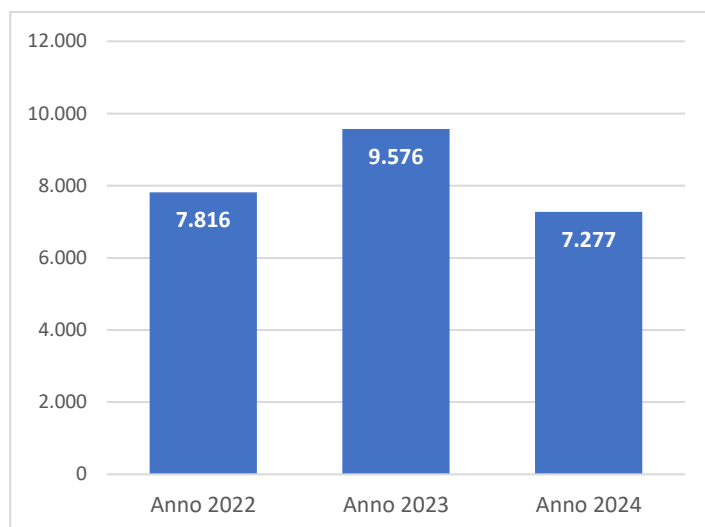
I controlli da remoto sono iniziati a maggio 2020, durante l'emergenza COVID-19, con lo scopo di proteggere i pazienti particolarmente fragili, perché anziani o con comorbidità, da un'eventuale infezione da COVID-19. La telemedicina non sostituisce la medicina tradizionale, ma la affianca e la integra con nuovi canali di comunicazione per facilitare anche coloro che risiedono in altre province o Regioni d'Italia.

Tabella 6: Dettaglio prestazioni di telemedicina: anni 2022-2024

Codice	Prestazione regionale	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
89.01.F	Visita Oncologica Di Controllo. Incluso: Eventuale Verifica All'Adesione Al Trattamento Farmacologico E Consegna Di Farmaci Chemioterapici Orali. Escluso Il Costo Dei Farmaci	1.178	1.794	1.527
94.09	Colloquio Psicologico Clinico.	193	150	157
94.3	Psicoterapia Individuale.	15	13	48
89.01.1	Visita Anestesiologica Di Controllo Per Terapia Del Dolore.	34	17	22
89.01.4	Visita Chirurgica Di Controllo.	3	0	2
89.01.8	Visita Endocrinologica Di Controllo.	14	8	7
91.35.6	Consulenza Collegata Al Test Genetico.	13	44	12
Altro		1	3	4
Totale		1.451	2.029	1.779

1.5.3 Screening giovani donne

Figura 13 – Andamento numero di pazienti arruolati in screening per giovani donne: anni 2022 – 2024



Nel 2024 è proseguito lo screening per giovani donne, che prevede l'esecuzione gratuita di un triplice test e la presa in carico, secondo protocolli personalizzati, fino all'ingresso nello screening consolidato ai 50 anni. Il test prevede 3 fasi: mammografia con tomosintesi, calcolo della densità con software dedicato, valutazione della familiarità. Nella figura 13 viene rappresentato il numero di prestazioni effettuate nel triennio 2022-2024.

Figura 14 - Tempi di attesa attività ambulatoriale tracciante - anno 2024 rispetto standard regionali

% PRESTAZIONI CON TA RISPETTATO			
	Classe B (10 gg)	Classe D (30 gg)	Classe P (90gg)
gen-24	100,00%	100,00%	100,00%
feb-24	89,47%	100,00%	100,0%
mar-24	100,00%	100,00%	100,00%
apr-24	100,00%	100,00%	100,00%
mag-24	100,00%	93,75%	100,00%
giu-24	100,00%	100,00%	100,00%
lug-24	100,00%	100,00%	100,00%
ago-24	100,00%	100,00%	93,00%
set-24	100,00%	100,00%	100,00%
ott-24	100,00%	100,00%	100,00%
nov-24	100,00%	100,00%	100,00%
dic-24	100,00%	100,00%	100,00%

In figura 14 è riportata la performance relativa al rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni traccianti, per fascia di priorità. Si evidenzia, complessivamente, il pieno rispetto degli obiettivi assegnati a livello regionale nell'anno 2024.

1.6 Soddisfazione dell'utente esterno

Segnalazioni ufficio relazioni con il pubblico

L'Istituto si occupa, tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), della rilevazione sistematica dei bisogni e della soddisfazione degli utenti al fine di contribuire al miglioramento dei servizi e delle prestazioni erogati. L'utente può segnalare eventuali disservizi, disfunzioni o irregolarità ed esprimere suggerimenti – o apprezzamenti – di persona, telefonicamente, per posta elettronica o lettera. A tal fine può utilizzare anche i moduli presenti nei totem installati nelle sedi dell'Istituto. Nella tabella 7 sono riportati i principali indicatori di soddisfazione degli utenti e il relativo andamento nel biennio 2022-2023.

Tabella 7 – Indicatori soddisfazione utenti. Anni 2022, 2023

Indicatore	Anno 2022	Anno 2023
Richiesta assistenza	1.051	628
Elogi	92	85
Richiesta informazioni	4.609	3.397
Reclami	47	87
Reclami ritirati	0	4
Suggerimenti	18	3
Rilievi (osservazioni per il miglioramento dei servizi)	30	140
Totale	5.847	4.344
<i>+ contatti impropri (competenza AOPD e ULSS)</i>	<i>(346)</i>	<i>(91)</i>
Totale complessivo contatti URP	6.193	4.435

Fonte dati: Ufficio Relazioni con il Pubblico

Di seguito si riporta la tabella relativa all'anno 2024 con i dati relativi alle richieste di informazioni/supporto, alle richieste/segnalazioni improprie, agli elogi, ai suggerimenti, ai reclami complessi (prima denominati reclami), ai reclami semplici (prima denominati rilievi), classificati in ottemperanza alla nuova nomenclatura indicata dalla Regione del Veneto, pervenuti presso le sedi IOV di Padova, Castelfranco Veneto e Schiavonia.

Tabella 8 – Indicatori soddisfazione utenti. Anno 2024

Indicatore	Anno 2024
Richieste di informazioni/supporto	4.029
Comunicazioni	242
Elogi	117
Richieste/segnalazioni improprie	87
Reclami complessi	73
Osservazioni/suggerimenti/proposte	50
Reclami semplici	25
Reclamo ritirato	1
Totale generale	4.624

Fonte dati: Ufficio Relazioni con il Pubblico

I contatti registrati dall'URP nell'anno 2024 sono aumentati rispetto all'anno 2023, in valore assoluto da 4.435 a 4.624. In riferimento ai contatti registrati dall'URP nell'anno 2024, il dato maggiormente

significativo riguarda il numero delle **richieste di informazione**. Nell'anno 2024 sono pervenute 4.029 richieste di informazioni: tale dato comprende sia le **richieste di informazione** propriamente dette sia le **richieste di supporto**, ovvero le richieste che hanno implicato un maggior coinvolgimento in termini di supporto da parte dell'URP nella risoluzione della richiesta segnalata dall'utente (ad es., supporto per espletamento di pratiche quali ritiro referti, prenotazioni, cartelle cliniche, ecc.).

Le richieste di informazioni/supporto sono state eterogenee e hanno riguardato diverse strutture. La maggior parte di esse hanno riguardato le modalità di prenotazione di prime visite oncologiche, informazioni riguardante la riprogrammazione delle visite dermatologiche, richieste di contatto con l'oncologo di riferimento, richieste di documentazione sanitaria, informazioni riguardanti gli indirizzi mail e/o i contatti telefonici delle segreterie e degli Uffici Amministrativi dello IOV.

Anche per l'anno 2024, l'URP IOV si conferma essere un ufficio di riferimento per l'utenza che ha necessità di diverse tipologie di informazioni.

Osservatorio PREMS

All'interno dell'Accordo di collaborazione tra Azienda Zero e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa avente ad oggetto lo "Sviluppo del sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali" (delibera n. 371/2018 di Azienda Zero) rinnovato in data 17/5/2022, l'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS ha aderito al progetto di rilevazione della valutazione e dell'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario, denominato "Osservatorio PREMS" (Deliberazione del Direttore Generale n° 343/2022). L'Osservatorio ha preso il via il 4 aprile 2022, coinvolgendo fin da subito entrambe le sedi (Padova e Castelfranco Veneto) e tutti i 14 reparti di degenza con ricoveri ordinari. Al 31 dicembre 2024, i pazienti dimessi sono stati 7.667, di cui contattati 3.393 (tasso di adesione: 44%) con un numero effettivo di questionari compilati pari a 1.582 (tasso di risposta: 47%).

I risultati, aggiornati in tempo reale, sono stati resi disponibili nella piattaforma online del Laboratorio MeS a cui hanno accesso anche i Direttori e i Coordinatori infermieristici dei reparti coinvolti. I dati riportati in piattaforma sono stati utilizzati per effettuare una restituzione dei risultati al personale dei reparti e per prendere in carico le principali criticità segnalate dai pazienti soprattutto nelle risposte alle 5 domande aperte della sezione narrativa del questionario.

Le azioni di miglioramento 2024 individuate a partire dai risultati PREMS riguardano in particolare i seguenti ambiti:

- Revisione modulistica "Carta del ricovero" e "Carta di accoglienza", affinché vi sia uno strumento omogeneo standard che possa essere utilizzato in tutti i reparti, con la possibilità di poterlo estendere anche ad altri dipartimenti;
- Promuovere un confronto con i fornitori dei pasti per condividere le criticità emerse dai molteplici commenti dei pazienti; sviluppo di una reportistica periodica con le segnalazioni dei pazienti, monitoraggio dell'evolversi della situazione;
- Inserimento di ganci appendiabiti/borse/accappatoi nei locali utilizzati dai pazienti in degenza, in maniera da favorire la funzionalità nei medesimi spazi.

I risultati dell'indagine PREMS 2024 sono inoltre pubblicati nel sito internet dell'Istituto nella sezione al seguente link: <https://www.ioveneto.it/il-percorso-del-paziente/valutazione-e-benchmarking/>.

Indagine PROMS - intervento chirurgico per tumore al seno

All'interno dell'Accordo di collaborazione tra Azienda Zero e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa avente ad oggetto lo "Sviluppo del sistema coordinato di valutazione e valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale", delibera n. 343/2022 di Azienda Zero, l'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS è stato individuato per partecipare al progetto di rilevazione dei Patient Reported Outcome Measures (PROMs) tra le donne sottoposte ad un intervento chirurgico per il trattamento del tumore maligno al seno, denominato "Indagine PROMs".

Presso lo IOV l'indagine è stata avviata a partire dal 27 febbraio 2023, e le UU.OO. coinvolte in tale indagine sono la UOC Chirurgia Senologica 1 (Ospedale Busonera – Padova) e la UOC Chirurgia Senologica 2 (Ospedale S. Giacomo – Castelfranco Veneto).

Nel corso dell'anno 2024 sono state individuate 954 pazienti eleggibili di cui 571 arruolate (tasso di adesione: 60%) con un numero di risposte complessivamente collezionate pari a 327 (tasso di risposta: 57%).

Sono state predisposte 3 azioni di miglioramento per l'anno 2024 di seguito elencate:

- operare alcune modifiche al materiale informativo cartaceo inserendo informazioni chiare e comprensibili;
- predisporre un report trimestrale per i Direttori/Responsabili con i commenti dei pazienti affinché possano condividerlo con il personale operativo;
- creare un report mensile per il monitoraggio costante dell'indagine.

I risultati dell'indagine PROMs 2024 sono inoltre pubblicati nel sito internet dell'Istituto nella sezione al seguente link: <https://www.ioveneto.it/il-percorso-del-paziente/valutazione-e-benchmarking/>.

1.7 Soddisfazione dell'utente interno

Indagine di clima organizzativo

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, insieme agli altri enti del Sistema Sanitario Regionale, ha preso parte all'edizione 2023 dell'Indagine di Clima Organizzativo. L'iniziativa, promossa dalla Regione Veneto all'interno della campagna "La tua voce per una sanità migliore", è stata realizzata in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'indagine è rivolta ai dipendenti del Sistema Sanitario Regionale con la finalità di conoscere la loro opinione su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e i rispettivi superiori. Da sottolineare l'ottima performance in termini di risposta per il personale titolare di incarico di responsabilità mentre per il personale non responsabile il tasso di adesione è stato ad ogni modo superiore alla media regionale. Nell'edizione del 2023 il tasso di adesione è stato del 44,89%, in linea con la media regionale del 43,38%.

Per l'anno 2024 sono state individuate e avviate le seguenti azioni di miglioramento:

- Migliorare la conoscenza e la condivisione degli obiettivi aziendali.

- Definizione di interventi di manutenzione degli ambienti ospedalieri, finalizzati al miglioramento dei luoghi di lavoro.
- Migliorare la percezione del personale rispetto al riconoscimento del proprio valore da parte dell'Istituto, attraverso l'attribuzione degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di funzione.

Nel corso del 2024 sono state condotte le azioni prodromiche per avviare l'indagine di clima organizzativo edizione 2025 coordinate dalla Direzione Risorse Umane SSR dell'Area Sanità e Sociale della Regione. In particolare è stato costituito il gruppo di lavoro aziendale e sono stati calendarizzati incontri tematici per condividere metodologia e obiettivi.

1.8 Certificazione di qualità secondo procedure riconosciute in campo internazionale

Certificazione ISO 9001:2015

Dal 2004 il Sistema di gestione per la qualità dell'Istituto è certificato ISO 9001 sia per il settore IAF 37 "Istruzione" sia per il settore IAF 38 "Sanità ed altri servizi sociali".

Attualmente il campo di applicazione del certificato ISO 9001:2015 è il seguente: *"Erogazione di prestazioni di diagnosi e cura, in regime ambulatoriale, di ricovero ordinario, Day Hospital e Day Surgery, in ambito oncologico e non, da parte delle articolazioni organizzative in allegato, compresi i processi di supporto. Progettazione e gestione della ricerca clinica in ambito oncologico. Progettazione ed erogazione di eventi formativi in ambito sanitario. Attività di coordinamento del gruppo multidisciplinare (GOM Prostate Unit) per la presa in carico del paziente con tumore della prostata."*

Le sedi operative interessate dal citato certificato sono:

- Padova (PD), Via Gattamelata, 64;
- Padova (PD), Via Giustiniani, 2;
- Padova (PD), Corso Stati Uniti, 4;
- Monselice (PD), Via Albere 30;
- Castelfranco Veneto (TV), Via dei Carpani 16/Z.

Tale certificazione sarà oggetto di ulteriori future implementazioni portando nel prossimo futuro ad essere ricomprese tutte le attività e processi sia legati all'assistenza, sia alla ricerca e sia per quanto attengono le funzioni di supporto. Nel corso del 2024 l'Istituto ha esteso l'ambito di applicazione del proprio Sistema di Gestione Qualità alle seguenti Unità operative presso la sede di Castelfranco Veneto: UOC Anatomia e Istologia Patologica, UOC Oncologia 3, UOC Oncoematologia, Poliambulatorio afferente alla UOC Direzione Medica Ospedaliera.

Certificazione ESMO

Lo IOV è accreditato come "Centro di integrazione tra le terapie oncologiche e le cure palliative (cure simultanee)" dalla Società Europea di Oncologia Medica (ESMO); nel corso del 2024 la certificazione ESMO è stata rinnovata per il periodo 2025-2027.

Certificazione ERN

Dal 1° gennaio 2022 lo IOV è membro della Rete europea per i tumori rari dell'adulto EURACAN (European Network for Rare Adult Solid Cancer), venendo accolto nel novero dei migliori poli d'Europa per le neoplasie con origine dal tessuto connettivo (sarcomi delle parti molli), dal testicolo e dall'encefalo. Il riconoscimento quale "centro esperto" è avvenuto dopo l'approfondita verifica di una serie di requisiti sul numero di pazienti presi in carico, sull'esistenza di gruppi multidisciplinari (GOM) di cura, sulla disponibilità di trattamenti oncologici innovativi e sulla produzione scientifica annuale.

Accreditamento JACIE

Il Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT (JACIE) è l'unico organismo di accreditamento ufficiale in Europa nel campo del trapianto di cellule staminali emopoietiche e della terapia cellulare. JACIE sviluppa e mantiene standard globali per la fornitura di pratiche mediche e di laboratorio di qualità nella terapia cellulare. Sulla base di questi standard, offre l'accREDITamento ai programmi di trapianto al fine di incoraggiare le istituzioni e le strutture sanitarie a stabilire e mantenere sistemi di gestione della qualità che incidono su tutti gli aspetti delle loro attività e ad impegnarsi in un miglioramento continuo. Nel corso del 2022 l'Istituto è stato protagonista della prima esperienza in Italia di audit integrato di tre sistemi: Centro Nazionale Trapianti/Centro Nazionale Sangue dell'Istituto Superiore di Sanità, Azienda Zero – Ente di governance della sanità regionale veneta della Regione del Veneto e Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT (JACIE), per l'attività di trapianto autologo di cellule staminali emopoietiche (HSCT) e nel corso del 2023 si è dato seguito alle azioni di miglioramento pianificate e concordate con gli auditor.

Certificazione OECl

Lo IOV è accreditato dalla Organisation of European Cancer Institutes (OECl) – la rete che raggruppa i più importanti centri di ricerca e cura dei tumori del continente – con la qualifica di "Comprehensive Cancer Center", il massimo riconoscimento attribuito da OECl. L'accREDITamento è stato ottenuto una prima volta nel 2015, per la sola sede di Padova, e rinnovato il 26 marzo 2021, con scadenza 26 marzo 2026, per tutte le sedi dello IOV.

Nel corso del 2024 si è proseguito nell'attività di implementazione delle azioni di miglioramento indicate dagli auditor OECl a seguito della peer review del novembre 2020 ed è stato avviato il percorso di ri-accREDITamento che proseguirà anche nel corso del 2025.

1.9 Certificazione di qualità secondo procedure riconosciute in campo nazionale

Conferma riconoscimento IRCCS

Ai sensi del decreto legislativo 26 ottobre 2003, n. 288, così come modificato dal 23 dicembre 2022, n. 200, l'Istituto Oncologico Veneto deve procedere alla richiesta di conferma del riconoscimento della qualifica di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Il riconoscimento, nella disciplina "oncologia", è stato confermato da ultimo con Decreto del Ministro della Salute di data 4 agosto 2023 per le sedi di Padova, Schiavonia (PD) e Castelfranco Veneto (TV) al termine di un complesso

iter che ha visto la collaborazione di molte funzioni trasversali. Nel corso del 2024 è stato avviato il percorso di re-accreditamento da finalizzarsi nel 2025.

Autorizzazione all'esercizio

Con Decreto Dirigenziale di Azienda Zero n. 139 del 18/04/2023 è stata disposta l'integrazione dell'autorizzazione all'esercizio dell'IRCCS Istituto Oncologico Veneto con sede legale in via Gattamelata n. 64, Padova (PD), rilasciata con Decreto n. 380 del 28/10/2021, per l'attività sanitaria di trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) a seguito dell'aggiornamento dei requisiti approvati dalla Regione del Veneto con la DGRV n. 992 del 09/08/2022 in attuazione dell'accordo n. 49/CSR del 05/05/2021 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Tale atto è la conclusione di un complesso iter avviato nel corso del 2022 e che ha comportato un audit congiunto da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, Azienda Zero e Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT (JACIE).

Nel corso del 2023 l'Istituto Oncologico Veneto IRCCS ha presentato istanza di autorizzazione all'esercizio ai sensi della L.R. n. 22/2002 per l'attività sanitaria di diagnostica per immagini mediante installazione di un prefabbricato e opere accessorie, da destinare a sala tac, presso l'Ospedale Busonera in Padova. Tale iter si è reso necessario essendo stato avviato un progetto di ammodernamento e riqualificazione del parco tecnologico e digitale della Radiologia dell'Ospedale Busonera al fine di non interrompere le attività assistenziali e di ricerca programmate. La verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali tecnologici e organizzativi da parte della UOC Autorizzazione all'esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante di Azienda Zero si è svolta il 28 giugno 2023 con esito positivo validata successivamente dall'adozione del Decreto autorizzativo di Azienda Zero n. 482 del 15/12/2023.

Accreditamento istituzionale

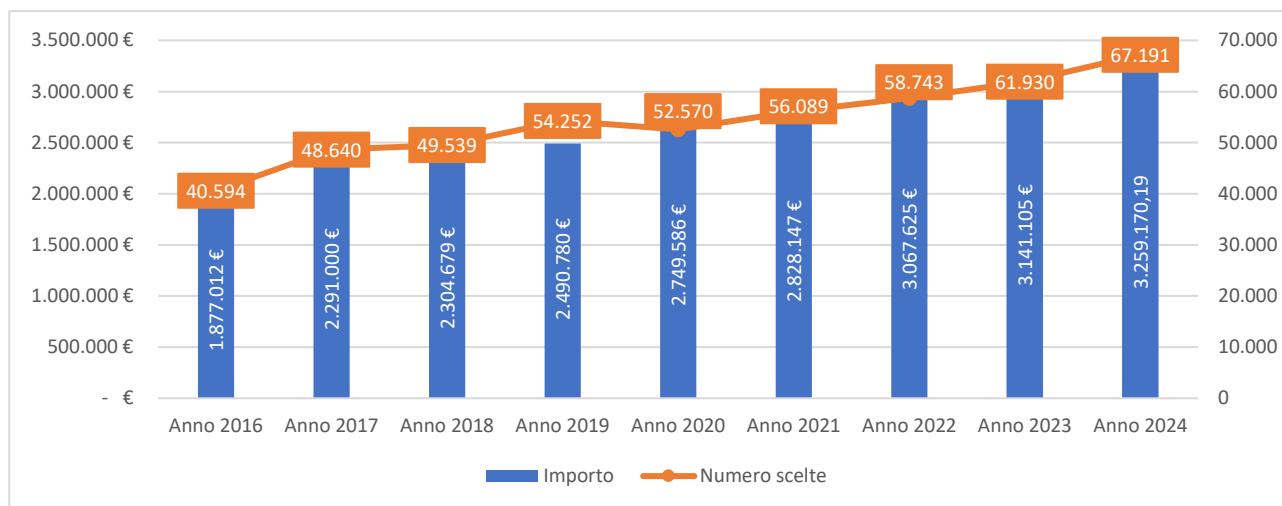
Nel corso del 2023 l'Istituto Oncologico Veneto ha affrontato il ciclico e impegnativo iter di rinnovo dell'accREDITamento istituzionale di tutte le sue funzioni autorizzate presso ciascuna sede operativa. Dopo l'avvio del percorso di avvicinamento promosso da Azienda Zero nel 2022 attraverso l'attivazione di gruppi di lavoro dedicati ad analizzare un set di requisiti prioritari e che hanno visto diverse funzioni dello IOV impegnate, nelle giornate 26, 27 e 28 giugno 2023 si è svolta la verifica del possesso del mantenimento dei requisiti superata positivamente, e il cui esito è stato formalizzato mediante l'adozione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1076 del 17 settembre 2024.

1.10 Donazioni 5 per mille 2024

I dati sulla ripartizione del 5 per mille riferiti all'anno fiscale 2024 (resi noti a maggio 2025) confermano che lo IOV è, a livello regionale, il soggetto con la maggiore contribuzione da parte dei cittadini, avendo totalizzato 3.259.170,19€ (+3,8%), mantenendo per il quarto anno consecutivo il 18° assoluto su base nazionale. Le scelte espresse nel 2024 hanno superato quota 65 mila (67.191),

con un incremento del 8,5% rispetto all'anno precedente. Questo costante incremento rappresenta un grande atto di stima e fiducia nei confronti dei professionisti dello IOV.

Figura 15: Numero scelte - importo 5 per mille e ranking nazionale 2016-2024 (fonte: Agenzia delle Entrate)



1.11 Formazione

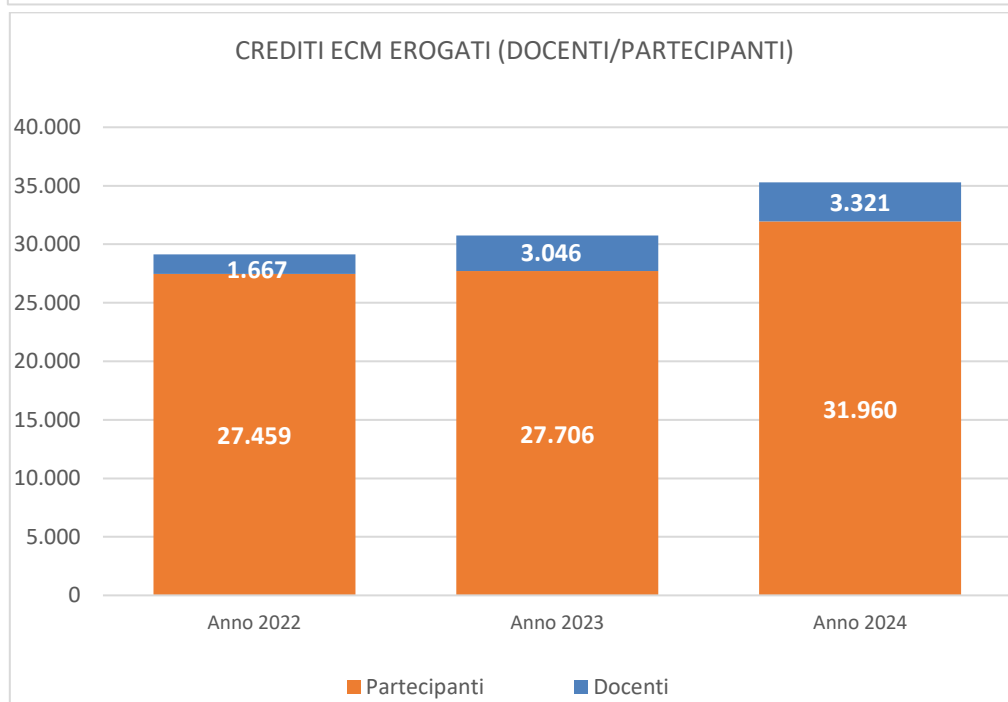
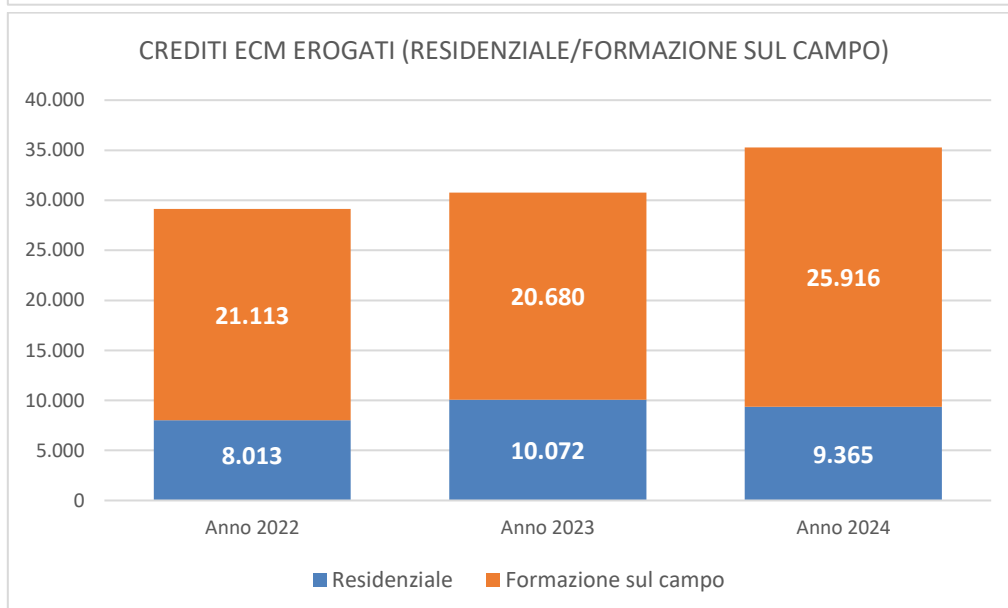
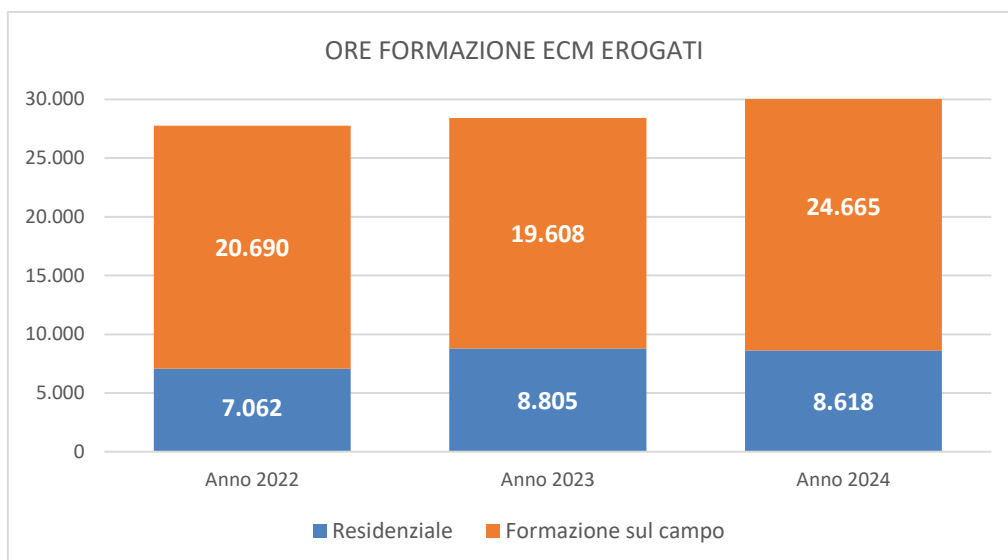
La Formazione è la funzione aziendale, in staff alla Direzione Generale, deputata alla formazione continua degli operatori sanitari e alle attività di didattica istituzionale.

In quest'ottica governa i processi di formazione e aggiornamento in funzione dello sviluppo delle competenze professionali degli operatori, per contribuire al miglioramento della qualità clinica e organizzativo-gestionale. La Formazione implementa il processo per la formazione e l'aggiornamento attraverso fasi sequenziali che partono dall'analisi dei bisogni, passano per la costruzione del piano formativo e arrivano alla gestione e al monitoraggio degli eventi.

L'Istituto Oncologico Veneto è riconosciuto dalla Regione come provider ECM, ovvero un soggetto qualificato nel campo della formazione continua in sanità che è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM (Educazione Continua in Medicina) individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

La Formazione pianifica ogni anno le iniziative di formazione e addestramento finalizzate a garantire al personale l'acquisizione e il miglioramento delle conoscenze e delle capacità necessarie ad attuare le prestazioni di competenza. L'attività formativa si sviluppa nel rispetto della normativa del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. e della normativa regionale.

Lo IOV negli anni è riuscito a dare sempre più spazio ai corsi di formazione sul campo, indispensabili per garantire un continuo aggiornamento professionale tra i suoi professionisti e uno scambio reciproco di competenze tra il personale appartenente a diverse discipline. Uno degli obiettivi dell'Istituto è quello di accreditarsi anche per poter erogare formazione a distanza (FAD). A tal proposito nell'estate 2024 è stato messo in funzione il nuovo gestionale per la formazione. Uno degli obiettivi dell'Istituto è stato infatti l'informatizzazione dei processi formativi attraverso l'uso di un applicativo dedicato in grado di tracciare le attività e le loro caratteristiche.



1.12 Dotazione di personale: andamento triennio 2022-2024

La composizione del personale (dipendente, non dipendente ed in regime di convenzionamento con l'Università degli Studi di Padova), che costituisce la seconda voce di spesa dell'Istituto, è rappresentata in tabella 9, dove è esposto un confronto tra la situazione del triennio 2022-2024.

Tabella 9 - Personale in unità equivalenti per ruolo professionale - FTE (Fonte dati DWH)

Tipologia	Ruolo	FTE medio 2022	FTE medio 2023	FTE medio 2024
Dipendente	Sanitario Dirigenza Medica	202	207	213
	Sanitario Dirigenza non Medica	43	45	48
	Sanitario Comparto	504	479	504
	Personale della Ricerca	57	85	86
	Professionale Dirigenza	1	2	2
	Tecnico Dirigenza	1	1	1
	Tecnico Comparto	27	25	25
	Socio Sanitario Comparto	145	147	144
	Amministrativo Dirigenza	7	7	8
	Amministrativo Comparto	129	139	153
	Incarico Direttore	4	4	3
Non dipendente		164	163	156
In convenzione con l'Università		21	21	21
Totale		1.305	1.327	1.364

Di seguito viene rappresentata la distribuzione per genere in base al ruolo, dirigenza (figura 16a) o comparto (figura 16b) e in base alla sede di servizio (figura 17).

Figura 16a - Distribuzione di genere per ruolo (dirigenza) al 31/12/2024

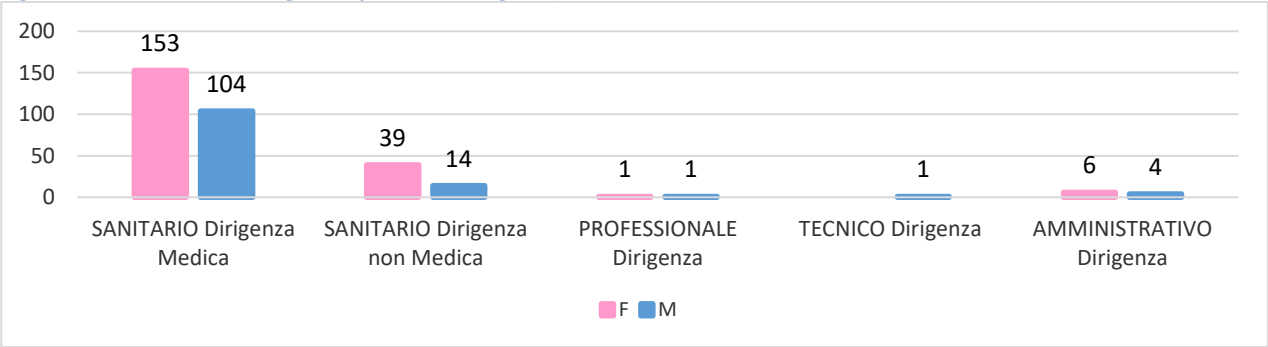


Figura 16b - Distribuzione di genere per ruolo (comparto) al 31/12/2024

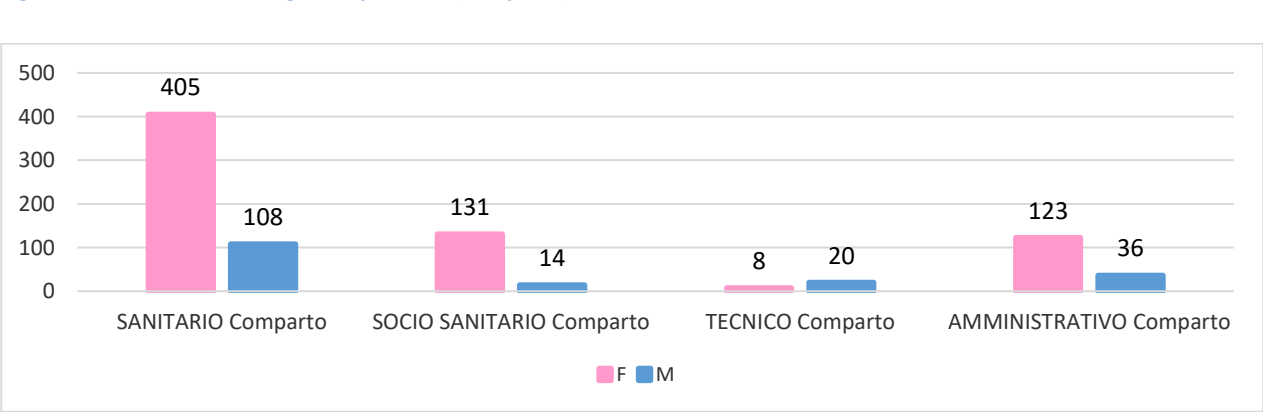
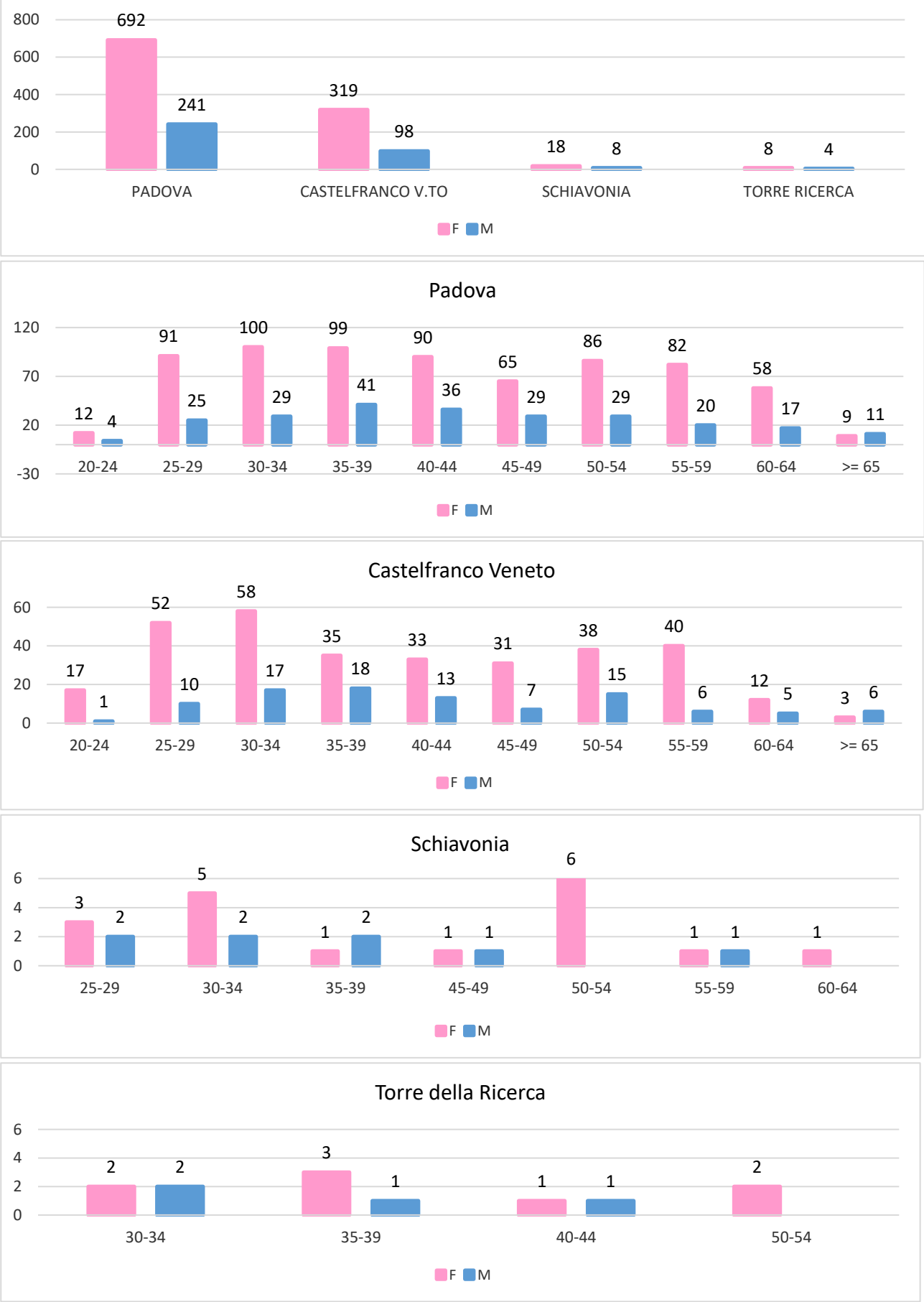


Figura 17 - Distribuzione di genere per fasce d'età distinta per sede al 31/12/2024



2. IOV e la rete dell'assistenza oncologica nella Regione del Veneto

Con DGR n. 2067 del 19 novembre 2013, recentemente aggiornata dalla DGR n. 1711 del 30 dicembre 2022, la Regione del Veneto si è dotata di un sistema di rete per l'assistenza oncologica, basato sul modello delle reti Hub & Spoke, con l'obiettivo di favorire l'applicazione delle linee guida, lo sviluppo ed il monitoraggio di PDTA, il miglioramento delle relazioni tra le strutture della rete sanitaria, la facilitazione del trasferimento dei risultati della ricerca alle attività assistenziali, la promozione della formazione e della condivisione di strumenti e pratiche di eccellenza. La Regione del Veneto ha previsto un'organizzazione della rete per livelli:

- Livello di Coordinamento centrale, oggi rappresentato dal Coordinamento Regionale delle Attività Oncologiche (CRAO) afferente alla Direzione Programmazione Sanitaria della Regione del Veneto;
- Poli oncologici di riferimento;
- Dipartimenti di Oncologia Clinica;
- Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM).

Il modello generale per livelli è stato riconfermato con la DGR n. 1711 del 30.12.2022 "Istituzione del Coordinamento Regionale per le attività oncologiche – CRAO" che modifica l'assetto del livello di coordinamento centrale istituendo il CRAO afferente alla Direzione Programmazione Sanitaria della Regione del Veneto, il cui Responsabile tecnico-scientifico si avvale di un "Advisory Board". Nel modello viene confermato il ruolo dell'Istituto per il supporto logistico al CRAO, ed il supporto operativo al perseguimento degli obiettivi assegnatigli. All'interno della rete regionale oncologica, l'Istituto Oncologico Veneto:

- è identificato dalla programmazione regionale quale Hub di riferimento per quanto riguarda la patologia oncologica;
- costituisce con il Dipartimento Oncologico Funzionale Interaziendale di Padova, assieme all'Azienda Ospedale-Università Padova e all'Azienda ULSS n. 6 Euganea, uno dei cinque poli oncologici di riferimento all'interno della rete delle attività oncologiche in Veneto.

L'Istituto svolge il proprio ruolo di Hub anche attraverso accordi operativi di collaborazione con le strutture e le Aziende ULSS territoriali della Regione, al fine di sviluppare e assicurare percorsi omogenei di presa in carico ai pazienti affetti da patologie oncologiche complesse residenti nei territori di tali Aziende e nell'ottica di condividere l'expertise degli specialisti dell'Istituto con quelli operanti a livello locale, anche attraverso la partecipazione di questi ultimi ai GOM-IOV così come ai momenti di formazione con il coinvolgimento anche dei Medici di Medicina Generale (MMG) del territorio di riferimento, in attuazione di quanto disposto dalla DGR n. 614 del 14 maggio 2019 e dalla DGR n. 709 del 14 giugno 2022. L'Istituto risulta sede di centri di riferimento regionale:

- Centro per il melanoma e sarcoma dei tessuti molli (DGR n. 2707 del 29 dicembre 2014);
- Centro per la chirurgia delle malattie dell'esofago (DGR n. 2707 del 29 dicembre 2014);
- Laboratorio centralizzato di riferimento per le provincie di Padova e Rovigo per lo screening cervicale con test HPV (DGR n. 772 del 27 maggio 2014);

- Centro Hub di riferimento per il test genetico germinale e la consulenza oncogenetica (DGR n. 1852 del 06 dicembre 2019);
- Centro per i biomarcatori diagnostici, prognostici e predittivi (CRIBT) (DGR n. 190 del 28 febbraio 2022).

3. I risultati raggiunti, le criticità e le opportunità

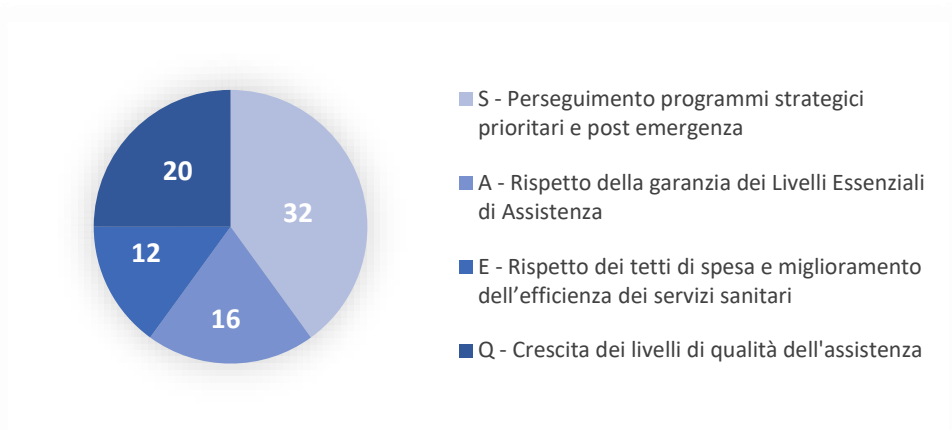
3.1 Obiettivi di salute e funzionamento 2024

Con la Delibera della Giunta Regionale n. 1682/2023, sono state individuate le aree funzionali, con i relativi pesi e obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2024, per le Aziende e gli Istituti del Sistema Sanitario Regionale. Il peso degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dello IOV IRCCS per la parte di competenza della Giunta (pari ad 80 punti), è distribuito come segue nella tabella 10 e suddiviso nelle linee strategiche come mostrato in figura 18.

Tabella 10 - Descrizione obiettivi suddivisi per aree funzionali, con i relativi pesi assegnati. IOV IRCCS – DGRV n. 1682/2023

Linea strategica	Obiettivo	Punti
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	12
	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	4
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	4
	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	1,4
	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	2,4
	Miglioramento dei processi sanitari	0,6
	Promozione dei processi di eccellenza	3,6
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	Miglioramento nella sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025	1
	Sviluppo assistenza territoriale	1
	Valorizzazione ruolo di hub	2
	Miglioramento della qualità del debito informativo	1
	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	1
	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere e dello IOV	6
	Promozione dei processi per la ricerca e qualità assistenza	4
	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto	4
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	16,4
	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	2,2
	Perseguimento PNRR M6	8,8
	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	3,6
	Strategie di reclutamento del personale SSR	1
Totale complessivo		80

Figura 18 – Suddivisione per linea strategica dei pesi assegnati. IOV IRCCS – DGR n. 1682/2023



Di seguito si riporta la misurazione regionale degli obiettivi DG, ricevuta a marzo 2025 e una stima effettuata dallo IOV sul raggiungimento. Su un totale di 80 punti si stima un punteggio complessivo pari a 73,33 punti (il 91,63% del punteggio disponibile). Nella successiva tabella di dettaglio si riporta la stima dei risultati raggiunti per ciascun obiettivo suddiviso per area funzionale.

Tabella 11 – Dettaglio per linea strategica della stima della misurazione del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2024

Linea strategica	Obiettivo	Cod.	Descrizione indicatore	Peso	Misurazione regionale al 24/03/2025				Stima IOV raggiungimento
					RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	ALTRO	
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	A.2.O.1 - A.O._H04Z	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	2			0		1
		A.2.O.1 - A.O._PDT A07	PDTA07 - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute	2	2				2
		A.2.O.1 - A.O._PDT A09	PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	2	2				2
		A.2.O.1 - A.O._PDT A06.2_BIS	PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)	2			0		1
		A.2.O.1 - A.O._prost	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni	2	2				2
		A.2.O.1 - A.O._C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	2		1			2

					Misurazione regionale al 24/03/2025				
Linea strategica	Obiettivo	Cod.	Descrizione indicatore	Peso	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	ALTRO	Stima IOV raggiungimento
	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	A.1.O.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 1 : H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella Codice vademecum: A.O._H03C	2			0		2
		A.1.O.2	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 2: H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche Codice vademecum: A.O._H16S	2	2				2
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza - Totale				16	8	1	0	0	14
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	E.1.S.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2024 e DPC Farmaci 2024	2,5			0		1,25
		E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2024 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2024	1,5			0		1,5
	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	E.2.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	1,4	1,4				1,4
	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	E.3.S.1	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla “Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza” (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	0,5				N.D.	0,5
		E.3.S.2	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	0,5				N.D.	0,25
		E.3.S.3	Rispetto dei limiti di costo del personale e valore dei residui dei fondi della dirigenza anno 2024 inferiore al valore registrato nel 2023	1,4				N.D.	1,4
	Miglioramento dei processi sanitari	E.4.S.1	Miglioramento di un set indicatori di efficientamento sull'utilizzo della sala operatoria	0,6	0,6				0,6
	Promozione dei processi di eccellenza	E.5.S.1	Valorizzazione ruolo di hub dello IRCCS IOV nell'ambito dell'attività di ricerca: aumento degli studi in cui lo IOV è capofila o promotore rispetto agli studi profit	1,8				N.D.	1,8
		E.5.S.2	Riattivazione ciclotrone presso la radiofarmacia IOV della sede di Castelfranco Veneto: Avvio produzione radiofarmaci PET già convalidati entro il 31/03/2024	0,8		0,8			0,8
		E.5.S.3	Riattivazione ciclotrone presso la radiofarmacia IOV della sede di Castelfranco Veneto: riduzione dei costi come da previsione	1	1				1
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari Totale				12	3	0,8	0	0	10,5
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	Miglioramento nella sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza e della prevenzione	Q.1.P.1	Punteggio SPiNCAR ottenuto dall'Azienda superiore rispetto alla media nazionale	1	1				1

					Misurazione regionale al 24/03/2025				
Linea strategica	Obiettivo	Cod.	Descrizione indicatore	Peso	RAGGIU NTO	PARZIAL MENTE RAGGIU NTO	NON RAGGIU NTO	ALTRO	Stima IOV raggiungi mento
	delle infezioni correlate all'assistenza nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025								
	Sviluppo assistenza territoriale	Q.5.D.3	Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024	1				N.D.	1
	Valorizzazione ruolo di hub	Q.7.O.1	Mantenimento dell'attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	2			0		1
	Miglioramento della qualità del debito informativo	Q.9.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	1				N.D.	1
	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Q.11.S.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	1	1				1
	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere e dello IOV	Q.15.O.2	Segnalazione potenziali donatori di organo Codice Vademecum: A.O._donat1	1				N.D.	1
		Q.15.O.4	Percentuale di opposizione alla donazione di cornee Codice Vademecum: A.O._donat3	1				N.D.	1
		Q.15.O.5	H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)- sub indicatore di appropriatezza: "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione (Ortopedia, Urologia e Cardiochirurgia)"	1	1				1
		Q.15.O.6	H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)- sub indicatore di appropriatezza "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito"	1	1				1
		Q.15.O.7	Completamento del percorso di monitoraggio dell'applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) aziendali	2	2				2
	Promozione dei processi per la ricerca e qualità assistenza	Q.16.S.1	% di pubblicazioni frutto di collaborazioni a livello istituzionale, nazionale e internazionale nella produzione scientifica	2				N.D.	2
		Q.16.S.2	% pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit	2				N.D.	2
	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto	Q.17.S.1	Attività di supporto all'area: rete regionale delle UFA	2	2				2
		Q.17.S.2	Profilazione molecolare: efficientamento ed economicità dei pannelli molecolari con il supporto del Molecular Tumor Board (MTB)	2	2				2
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza - Totale				20	10	0	0	0	19

					Misurazione regionale al 24/03/2025				
Linea strategica	Obiettivo	Cod.	Descrizione indicatore	Peso	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	ALTRO	Stima IOV raggiungimento
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	S.1.D.1	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	1,7	1,7				1,7
		S.1.D.2	% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	1,7		0,85			1,7
		S.1.D.3	% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	1,3	1,3				1,3
		S.1.D.4	Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento	1,3	1,3				1,3
		S.1.D.5	Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento	1,3	1,3				1,3
		S.1.D.6	Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento	1,4	1,3				1,4
		S.1.D.7	Adesione al modello di presa in carico: % di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista e adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico	1,7				N.D.	1,7
		S.1.D.8	Adozione di un accordo con le Aziende ULSS e di uno strumento di monitoraggio mensile dei contenuti dell'accordo	1,8				N.D.	1,8
		S.1.D.9	Accordo IOV-ULSS sul percorso di presa in carico del paziente oncologico	2,2				N.D.	2,2
		S.1.D.10	Dimensionamento e monitoraggio delle prestazioni prenotabili da dedicare alla presa in carico del paziente oncologico per azienda sanitaria	2				N.D.	2
	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	S.2.O.1	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	2,2				N.D.	2,2
	Perseguimento PNRR M6	S.3.S.3	PNRR: "Grandi apparecchiature"	2,2	2,2				2,2
		S.3.S.5	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	2,2			0		1,1
		S.3.S.6	SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	2,2	2,2				2,2
		S.3.S.7	PNRR: "ADI" e "Telemedicina"	2,2				N.D.	1,1
	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	S.4.D.1	Attuazione degli interventi di sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 secondo le indicazioni fornite dall'Unità di Coordinamento istituita ai sensi del DDR 32/2023 e dai Gruppi di lavoro identificati	1,6				N.D.	1,6
		S.4.D.3	Monitoraggio attività di teleconsulto per ospedali spoke	2				N.D.	2
	Strategie di reclutamento del personale SSR	S.5.S.1	Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore	1	1				1
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza - Totale				32	12,3	0,85	0	0	29,8
Totale complessivo				80	33,3	2,65	0	0	73,3

4. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Nel 2024 l'Istituto ha individuato, oltre agli obiettivi definiti a livello regionale, specifici obiettivi di miglioramento assegnati alle unità operative e inseriti nelle schede di budget.

4.1 Obiettivi strategici ed operativi e livello di raggiungimento

Si presentano di seguito i risultati di performance relativi alla valutazione a consuntivo, effettuata dalla Direzione Aziendale, anche sulla base delle osservazioni pervenute da parte delle Unità Operative. Come si evince dalla figura 19 e dalla figura 20 si evidenzia il sostanziale raggiungimento di tutti i macro obiettivi aziendali da parte delle Unità Operative, sia per gli obiettivi strategici sia per gli obiettivi di attività.

Figura 19 – Percentuale raggiungimento finale obiettivi strategici per area

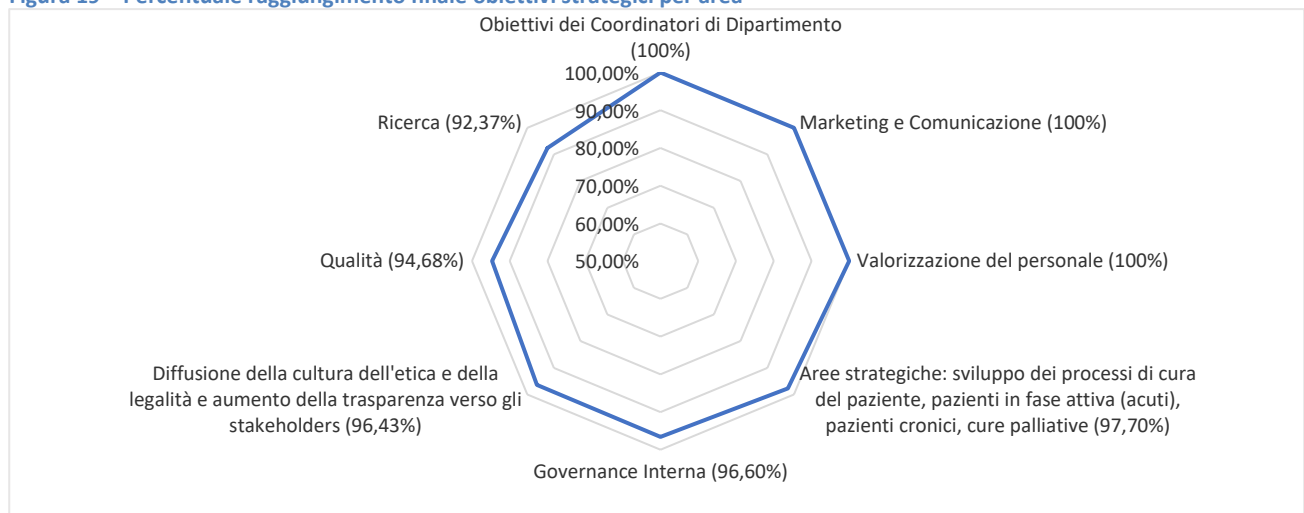


Figura 20 – Percentuale raggiungimento finale obiettivi di attività per area



4.2 Livello di raggiungimento degli obiettivi di budget per unità operativa

Di seguito vengono illustrate le valutazioni finali di Unità Operativa del livello di raggiungimento complessivo degli obiettivi aziendali (Figura 21 e Figura 22).

Il valore medio di raggiungimento degli obiettivi è pari a 96,77/100. Classificando le Unità Operative per area sanitaria e area delle Direzioni Generale, Amministrativa e Scientifica si ottengono rispettivamente, i seguenti punteggi medi: 96,12/100 e 98,04/100.

Figura 21 – Percentuale raggiungimento per Unità Operativa: area sanitaria

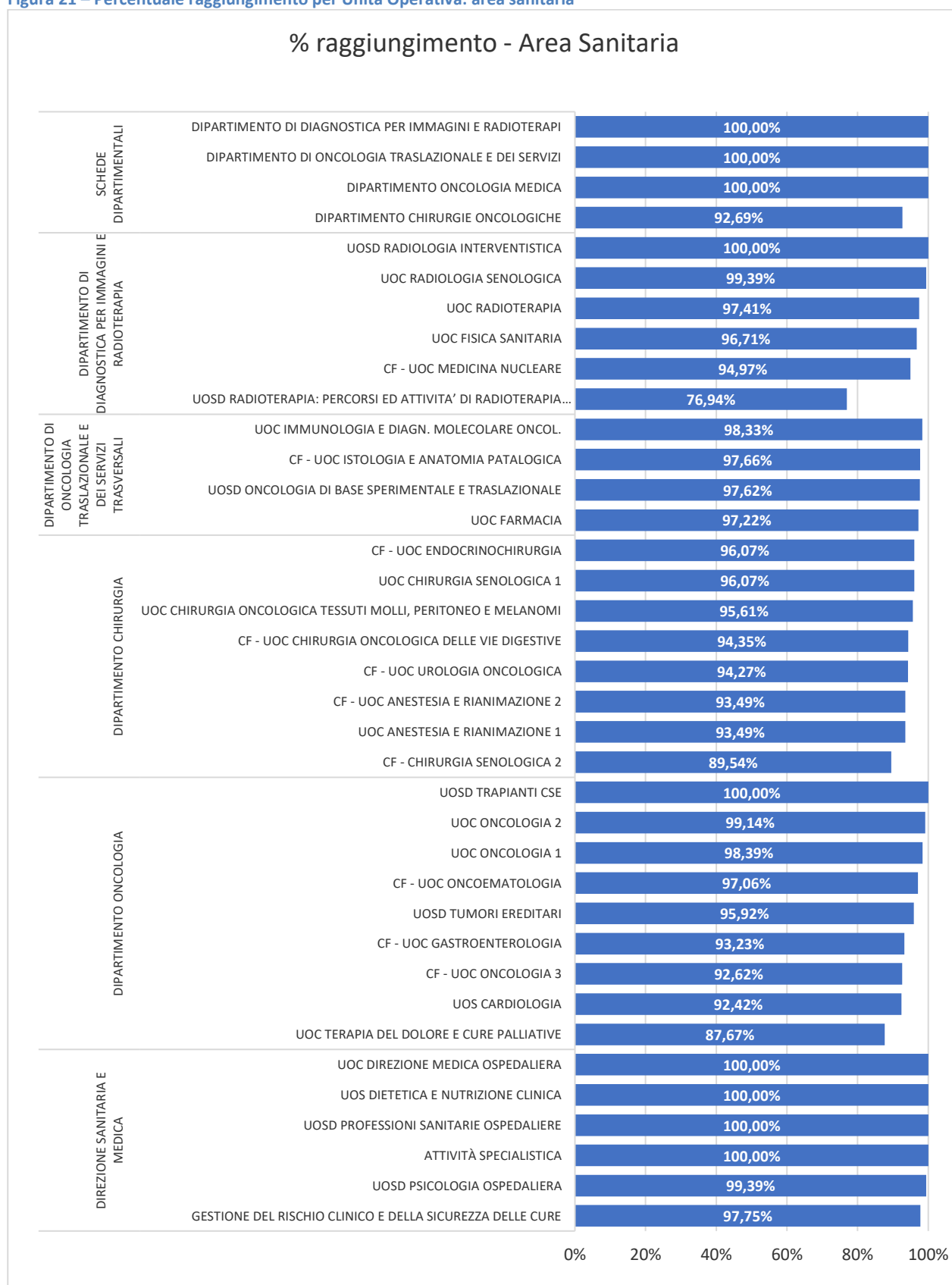
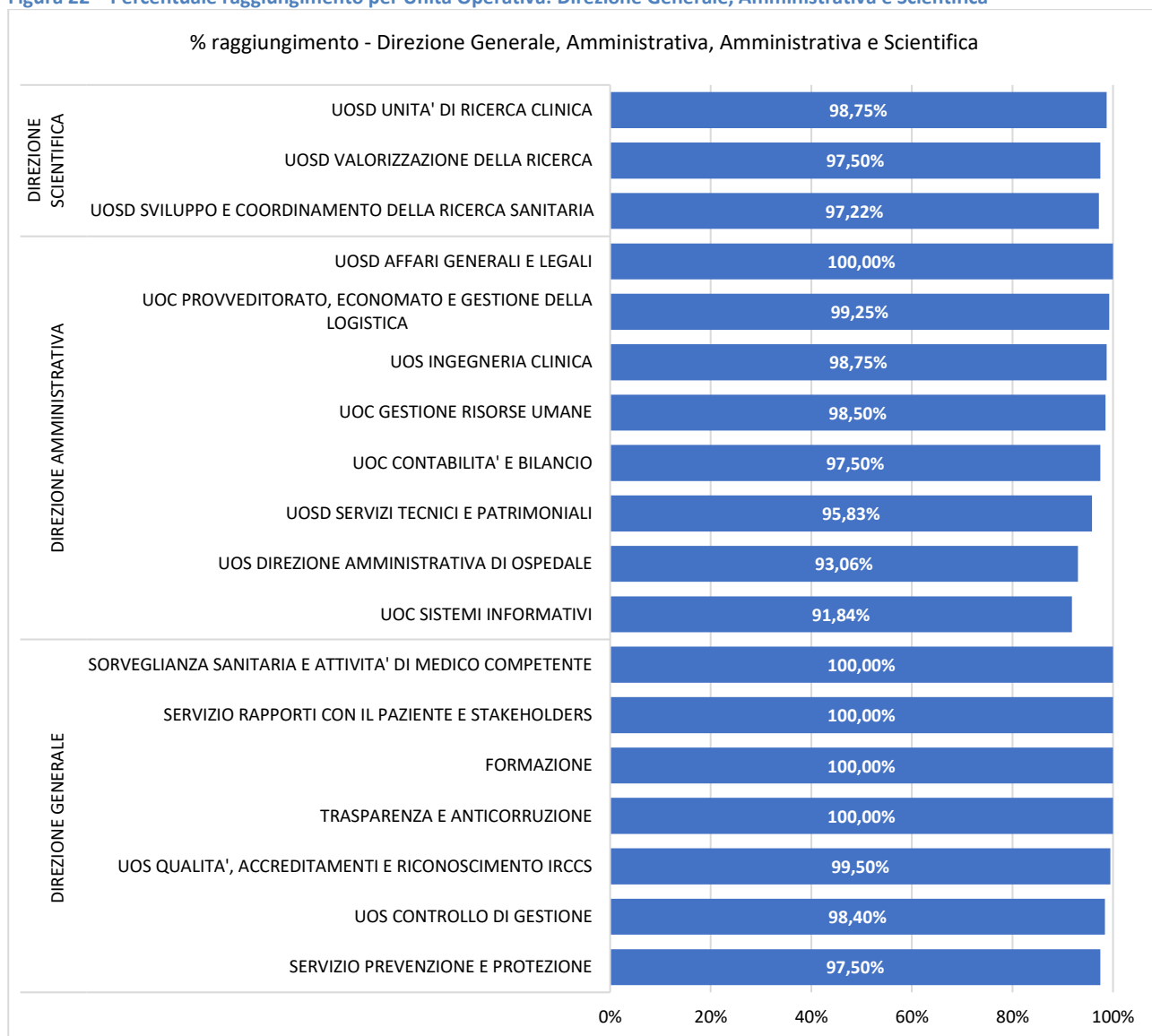


Figura 22 – Percentuale raggiungimento per Unità Operativa: Direzione Generale, Amministrativa e Scientifica



5. La metodologia di valutazione dei risultati raggiunti

5.1 La classificazione degli indicatori di budget

La modalità di valutazione, del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget, è stata differenziata in base alla tipologia di indicatori collegati a ciascun obiettivo.

Gli indicatori sono stati classificati in tre tipologie:

1. Data warehouse (DWH): per gli indicatori, di attività e costi, che hanno come fonte i flussi informativi integrati nel sistema di reporting del Controllo di Gestione dell'Istituto (flussi informativi: attività specialistica, attività di ricovero, consumi di beni sanitari e non sanitari, Contabilità Analitica Aziendale).

2. Referente per la valutazione esterno all'Unità di Budget: per gli indicatori che hanno come riferimento, per il monitoraggio e la valutazione, un'unità operativa o un Direttore di struttura diverso dall'Unità Operativa di budget.
3. Autovalutazione di Unità Operativa: per gli indicatori per i quali non è disponibile una fonte informativa diversa dall'Unità Operativa stessa. Per questi indicatori, in fase di consuntivo, verrà richiesto l'invio di documentazione a supporto della verifica, da parte della Direzione Aziendale, dello stato di realizzazione dell'obiettivo assegnato.

5.2 Le fasi della valutazione finale del budget

La valutazione della performance organizzativa, ovvero del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget da parte di ciascuna unità operativa, è stata articolata in tre fasi:

1. **Fase uno:** misurazione dei risultati di ciascun indicatore di budget a seconda della tipologia di macro -categoria di indicatori:
 - Per gli indicatori di tipo “DWH” viene eseguita una misurazione numerica del raggiungimento rispetto al target assegnato, tenendo in considerazione anche l'eventuale soglia di tolleranza definita per l'indicatore, utilizzando come fonte le informazioni dei sistemi di reporting aziendale;
 - Per gli indicatori con “misurazione esterna” viene effettuata la misurazione a cura del referente aziendale;
 - Per gli indicatori di “autovalutazione” viene richiesta ai Direttori/Responsabili di Unità di Budget la documentazione a supporto che misuri e attesti il raggiungimento degli indicatori;
2. **Fase due:** La misurazione effettuata nella “fase uno” viene sopposta di concerto al Direttore di Dipartimento e alla Direzione Medica Ospedaliera i quali, in base agli elementi raccolti, verificano la coerenza rispetto al raggiungimento complessivo aziendale e predispongono una proposta di valutazione da sottoporre al Direttore di Area. Qualora l'unità di budget non afferisca ad alcun Dipartimento, la valutazione è in carico al Direttore di Area.
3. **Fase tre:** valutazione finale della Direzione Strategica. La Direzione strategica valuta la performance aziendale complessivamente, anche in considerazione dalle risultanze dei monitoraggi dei livelli di raggiungimento degli obiettivi regionali e di specifiche valutazioni relative alla performance delle Unità di Budget.

A conclusione della valutazione, le risultanze dell'intero processo nonché la metodologia adottata, vengono condivisi con l'Organismo Indipendente di Valutazione, secondo le tempistiche inserite nel PIAO 2024-2026.

6. Area sostenibilità economico finanziaria

La Regione Veneto ha determinato, per l'anno 2024, i limiti di costo per i beni sanitari e per il personale del SSR, riportati in tabella 12.

Tabella 12 - Limiti di costo per l'anno 2024, per i beni sanitari e per il personale.

Voci	Limite di costo – Anno 2024
Prodotti farmaceutici con e senza AIC (B.1.A.1)	€ 92.001.272
Farmaci oncologici innovativi	€ 5.957.544
Dispositivi medici Altro (esclusi IVD) (B.1.A.3.1)	€ 10.526.213
Diagnostici in vitro (IVD) (B.1.A.3.3)	€ 1.778.662
Voci	Limite di costo – Anno 2024
Personale	€ 66.396.966

Con la negoziazione del budget 2024 sono stati assegnati alle Unità Operative obiettivi su limiti di spesa per i beni sanitari, in particolare farmaci, IVD e DM, in base alla rilevanza delle risorse utilizzate dall'Unità stessa e agli obiettivi regionali di limite di costo assegnati all'Istituto (tabella 12).

In sede di consuntivo 2024, si è proceduto ad una valutazione che ha tenuto in considerazione l'andamento dell'indice di sostenibilità, ovvero il rapporto tra il valore della produzione delle Unità Operative e la spesa dei beni sottoposti a tetto regionale.

6.1 Valutazione costo degli “acquisti diretti di prodotti farmaceutici” rispetto al tetto assegnato

Conto di CE	CONSUNTIVO 2024	TETTO	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	92.001.272	90.532.871	1.468.401	1,62%
<i>di cui farmaci per AOPD</i>	6.669.432	7.511.873	-842.441	-11,21%
<i>di cui farmaci innovativi</i>	5.957.544	5.977.763	-20.219	-0,34%

Per l'anno 2024 si rileva uno scostamento di +1.468.401€ pari al 1,62% rispetto al tetto assegnato. Lo scostamento è giustificato da un significativo aumento dei volumi di trattamento, che interessa sia i pazienti oncologici sia quelli onco-ematologici. Nonostante ciò, l'impatto economico resta contenuto: +19 % per i farmaci oncologici e +13 % per quelli onco-ematologici. In quest'ultima categoria, il costo medio per paziente è sostanzialmente invariato. Si precisa che il numero di pazienti esclude i soggetti arruolati in protocolli sperimentali, mentre nei valori di spesa non sono considerati i residui di lavorazione.

L'aumento complessivo della spesa, dovuto principalmente alla crescita dei volumi, è stato in parte compensato dai risparmi conseguiti grazie all'impiego di biosimilari e alla genericazione (risparmio 2024: € 7.628.835), nettamente superiore alle previsioni regionali.

Nel periodo analizzato la spesa per farmaci innovativi, acquistati da IOV, ammonta complessivamente a € 5.957.544 rientrando pertanto nel valore soglia assegnato.

6.2 Valutazione costo dei dispositivi medici (esclusi IVD) rispetto al tetto assegnato

Conto di CE	CONSUNTIVO 2024	TETTO	Scostamento assoluto	Scostamento percentuale
(B.1.A.3) Dispositivi medici (esclusi IVD)	10.526.213	10.495.665	+ 30.548	+ 0.29%

La spesa per dispositivi medici risulta in leggero sfioramento rispetto al valore soglia assegnato per l'anno 2024 all'Istituto. La spesa sostenuta nel 2024 trova le seguenti giustificazioni:

- 1) L'attività di chirurgia robotica è in progressivo aumento attestandosi a 539 interventi nel 2024 (+4% rispetto all'anno 2023):

	Anno 2024	Anno 2023	Scostamento 2024/2023	Scostamento % 2024/2023
<i>Interventi di Chirurgia Robotica</i>	539	517	22	+4%

- 2) Un aumento dell'attività di radiologia interventistica, pari al +30%, come riportato nella tabella sottostante:

	Anno 2024	Anno 2023	Scostamento 2024/2023	Scostamento % 2024/2023
<i>Attività di radiologia interventistica</i>	581	447	134	+30%

- 3) Nel 2024 lo IOV ha proseguito nell'attività di presa in carico dell'acquisto di DM in precedenza forniti da ULSS 2, che si sono ridotti del -52% rispetto al 2023 (61.579€ nel 2024 rispetto a €127.857 nel 2023).

6.3 Valutazione costo degli IVD rispetto al tetto assegnato

Conto di CE	CONSUNTIVO 2024	TETTO	Scostamento assoluto	Scostamento percentuale
BA0240 (B.1.A.3.3) Dispositivi diagnostici in vitro (IVD) al netto degli acquisti per altri	€ 1.778.662	€ 1.906.960	€ -128.298	-6,73%

La spesa rispetta il tetto assegnato. Analizzando i consumi di articoli IVD dell'Istituto, si registra una diminuzione della spesa a fronte di un aumento della produzione.

Si evidenzia inoltre che il 57% dell'utilizzo degli articoli IVD è rappresentato dai consumi della UOC Immunologia diagnostica molecolare oncologica, i cui livelli di attività in termini di valore tariffario sono risultati in aumento del 35% rispetto all'anno precedente.

Inoltre nel 2024 lo IOV ha proseguito nella presa in carico dell'acquisto diretto di tutti gli IVD in precedenza forniti da ULSS2, come risulta dalla sottostante tabella

Consumi IVD per fonte di acquisto	Importo 2024	Importo 2023	Var	Var %
Beni acquistati da IOV	1.924.846 €	2.063.213 €	-138.367 €	-7%
Beni forniti da ULSS 2 (interaziendalità)	35.832 €	53.530 €	-17.698 €	-33%
Totale	1.960.678 €	2.116.743 €	-156.065 €	-7%

7. Il sistema di valutazione del personale

Con riferimento alle disposizioni contrattuali aziendali che regolamentano la performance, per il personale della Dirigenza sanitaria trova applicazione il nuovo accordo recante i criteri generali per le modalità di attribuzione della retribuzione di risultato correlata alla performance organizzativa e individuale, sottoscritto con le OO.SS. dell'Area Sanità in data 16.01.2024. Per il restante personale (Comparto e Dirigenza Area PTA) sono in corso le trattative per il rinnovo; nelle more continuano a trovare applicazione gli accordi vigenti sottoscritti con le rispettive Organizzazioni Sindacali.

Con nota prot. n. 7562 del 04/04/2025 del Direttore della UOC Gestione Risorse Umane, inviata ai Direttori, ai Responsabili di UU.OO. e a tutti i valutatori, si è dato avvio alla procedura di valutazione del personale riferita all'anno 2024, che ha coinvolto tutto il personale dipendente e comandato in entrata presso l'Istituto Oncologico Veneto, incluso il personale della ricerca, nonché il personale convenzionato con l'Università di Padova, per un totale di 1.296 persone da valutare. Per 13 dipendenti i valutatori non hanno espresso valutazione in quanto il periodo di servizio era insufficiente per poter esprimere un giudizio.

Con riferimento specifico al personale del comparto che svolge attività di ricerca sanitaria e di supporto alla ricerca, con accordo di contrattazione del 16/12/2024 sono stati confermati per il biennio 2024-2025 i criteri fino ad oggi applicati, distinguendo:

- per i *ricercatori sanitari* la valutazione annuale viene espressa dal Direttore Scientifico, coadiuvato dal Nucleo di Valutazione, sulla base delle relazioni annuali individuali presentate dagli interessati e dei dati raccolti dalla Biblioteca Scientifica IOV, ovvero degli indici bibliometrici di cui all'allegato A art. 1 del Regolamento del Ministero della Salute 20 novembre 2019 e dei criteri individuati dal Nucleo di Valutazione; la valutazione viene espressa in termini di giudizio sintetico, successivamente trasposto in una scala di valutazione da 0-100;
- per i *collaboratori professionali di supporto alla ricerca*, essa è espressa dai rispettivi responsabili attraverso apposita scheda inserita nel sistema di valutazione informatico, seguendo una scala di valutazione da 0-100, al pari del restante personale del comparto.

La valutazione della performance individuale, ai sensi degli accordi integrativi vigenti, spetta al dirigente responsabile in virtù del principio gerarchico. Nello specifico, il personale del Comparto è valutato dalla figura gerarchicamente superiore che opera a diretto contatto con il valutato (dirigente del ruolo amministrativo/tecnico per ruolo tecnico e amministrativo, il titolare di incarico di funzione per ruolo sanitario e di supporto). Per la Dirigenza, la valutazione rientra nelle

competenze del Direttore/Responsabile di Struttura ovvero Direttore di Dipartimento o, eventualmente, al Direttore di Area.

I dati sono stati raccolti on-line utilizzando uno specifico applicativo fornito da GPI (fornitore del servizio di gestione informatizzata del personale). Ogni valutatore ha avuto accesso al sistema con le credenziali personali e ha inserito, per ogni valutato, i relativi giudizi.

In continuità con gli anni precedenti, è stato richiesto di rispettare i seguenti criteri:

- la scheda di valutazione viene compilata solo per il personale con un periodo di servizio superiore a 30 giorni;
- per i dipendenti che nel corso dell'anno hanno cambiato sede di lavoro, il giudizio è stato formulato dal valutatore presso il quale hanno svolto il maggior periodo di servizio, previa condivisione con i responsabili di riferimento dei restanti periodi;
- i dipendenti che nel corso dell'anno hanno cambiato di qualifica o di tipologia di incarico tra incarico professionale a incarico gestionale sono stati oggetto di doppia valutazione.

Per ciò che concerne l'iter di valutazione, tutti i dipendenti sono stati avvisati dell'avvio della procedura di valutazione e del relativo termine di chiusura informatica delle schede di valutazione. Il dipendente riceve in automatico una comunicazione tramite mail che lo avvisa della pubblicazione in bacheca dell'angolo del dipendente della propria scheda di valutazione. Il dipendente quindi prende visione della valutazione tramite apposito flag informatizzato, eliminando così la necessità di sottoscrivere la scheda in formato cartaceo.

Qualora un dipendente rilevasse divergenze sulla valutazione espressa da parte del responsabile, avrà la possibilità di presentare ricorso all'Organismo di conciliazione per il personale del comparto o all'Organismo Indipendente di Valutazione per il personale della Dirigenza, esplicitandone le motivazioni secondo la procedura di seguito dettagliata:

- entro 30 giorni dalla presa visione informatizzata della scheda di valutazione da parte del valutato del ruolo del **comparto**, deve essere effettuata un'istanza protocollata all'Organismo, indicante i motivi di disaccordo;
- nel caso di mancata presa visione, il termine decorre dalla data di avvenuta notifica a mezzo email al valutato (si ricorda che la sottoscrizione è per presa visione);
- l'Organismo procederà a contattare il valutatore di prima istanza ed il valutato;
- nel caso in cui ritenga fondati i motivi evidenziati dal ricorrente, l'Organismo di Conciliazione potrà chiedere al valutatore di prima istanza di procedere ad una revisione della valutazione.
- Nel caso di istanza da parte di un **dirigente PTA**, l'O.I.V. verifica e valida la correttezza metodologica con la possibilità di modificare o integrare la valutazione qualora rilevasse anomalie significative. In caso di valutazione negativa del dirigente, l'O.I.V. procederà con valutazioni di merito ai sensi del CCNL; in caso contrario procederà ad archiviare l'istanza con comunicazione al ricorrente.
- Nel caso di istanza da parte di un **dirigente Area Sanità**, entro e non oltre 30 giorni dalla sottoscrizione della scheda, può essere chiesto il riesame della stessa con istanza scritta e

motivata indirizzata al Direttore Generale; all'OIV è attribuito il compito di valutare i casi di contestazione della valutazione di prima istanza risultata negativa o con punteggio inferiore a 90 punti, effettuata dal valutatore. Il dirigente potrà essere sentito dall'OIV con il rappresentante sindacale o persona di fiducia da lui designata. L'OIV potrà, altresì, udire il valutatore per raccogliere eventuali controdeduzioni

Il personale viene premiato in funzione del suo apporto per il raggiungimento degli obiettivi assegnati all'unità operativa di appartenenza e della valutazione individuale in base alla seguente parametrizzazione:

DIRIGENZA AREA SANITA':

A) Schede di budget (performance organizzativa):

il grado di raggiungimento degli obiettivi determina i seguenti raggruppamenti omogenei:

- ✓ valutazione pari o superiore al 90%: il risultato si intende integralmente conseguito
- ✓ valutazione compresa tra il 60% e l'89%: il risultato si intende raggiunto nella stessa misura %
- ✓ valutazione compresa tra il 50% e il 59%: il risultato si intende raggiunto al 50%
- ✓ valutazione inferiore al 50%: nulla viene riconosciuto

B) Schede di valutazione individuale (performance individuale):

- ✓ valutazione pari o superiore al 90%: il risultato si intende integralmente conseguito
- ✓ valutazione compresa tra il 50% e l'89%: il risultato si intende raggiunto nella stessa misura %
- ✓ valutazione inferiore al 50%: nulla viene riconosciuto

DIRIGENZA PTA:

C) Schede di budget (performance organizzativa):

il grado di raggiungimento degli obiettivi determina i seguenti raggruppamenti omogenei:

- ✓ valutazione pari o superiore al 90%: il risultato si intende integralmente conseguito
- ✓ valutazione compresa tra il 70% e l'89%: il risultato si intende raggiunto al 75%
- ✓ valutazione compresa tra il 35% e il 69%: il risultato si intende raggiunto al 50%
- ✓ valutazione inferiore al 35%: nulla viene riconosciuto

D) Schede di valutazione individuale (performance individuale):

- ✓ non sussistono raggruppamenti omogenei di valutazioni individuali.

COMPARTO:

E) Schede di budget (performance organizzativa):

il grado di raggiungimento degli obiettivi determina i seguenti raggruppamenti omogenei:

- ✓ valutazione pari o superiore all'80%: il risultato si intende integralmente conseguito
- ✓ valutazione compresa tra il 60% e il 79%: il risultato si intende raggiunto al 75%
- ✓ valutazione compresa tra il 35% e il 59%: il risultato si intende raggiunto al 50%
- ✓ valutazione inferiore al 35%: nulla viene riconosciuto

F) Schede di valutazione individuale (performance individuale):

- ✓ non sussistono raggruppamenti omogenei di valutazioni individuali.

Per la determinazione della quota di premialità individuale a ciascun dipendente viene attribuito un peso sulla base dei giorni di servizio nell'anno, del regime di impegno orario (% part-time o tempo pieno), e del peso dell'incarico/qualifica secondo la parametrizzazione prevista dagli accordi integrativi aziendali riportati nella tabella sottostante:

Dirigenza Medica e Sanitaria

Incarico	Coefficiente
Direttore Struttura complessa	1,5
Responsabile Struttura semplice Dipartimentale	1,4
Responsabile Struttura semplice	1,3
Dirigente Altissima professionalità Dipartimentale	1,4
Dirigente Altissima professionalità di UOC	1,3
Dirigente Alta specializzazione professionale	1,2
Dirigente Incarico prof.le esperto senior	1,1
Dirigente Incarico prof.le elevata esperienza	1,1
Dirigente Incarico di consolidata esperienza	1,1
Dirigente Incarico prof.le 0-5 anni	1
Dirigente in periodo di prova/senza incarico	0,5

Dirigenza PTA

Incarico	Coefficiente
Struttura complessa	2,0
Struttura semplice dipartimentale	1,8
Struttura semplice	1,2
Alta specializzazione	1,2
Natura professionale	0,9
Incarico di base	0,7

Comparto *

Qualifica	Coefficiente
Ex cat. A	0,68
Ex cat. B	0,79
Ex cat. Bs	0,84
Ex cat. C	1,00
Ex cat. D	1,14
Ex cat. Ds	1,27

*La tabella Comparto fa riferimento alle categorie riportate nei precedenti CCNL, oggi superate dal nuovo sistema di inquadramento descritto nel CCNL 02.11.2022.

Il peso di ciascun valutato si trasforma quindi in una quota economica lorda teorica, che sarà rideterminata in base al raggiungimento degli obiettivi di budget e alla performance individuale.

Con riferimento alla performance individuale il mancato raggiungimento del punteggio massimo determina una riduzione della relativa quota premiante parametrata alla differenza tra il punteggio massimo (100/100) e il punteggio ottenuto. Il risultato è considerato in percentuale (es.: con punteggio di 96/100 si applica una riduzione di 4 punti percentuali alla quota di performance individuale).

Pertanto l'attribuzione di punteggi differenziati determina in capo al personale valutato distinte quote premianti della quota di performance individuale.

In occasione dell'avvio della procedura informatica di valutazione si raccomanda di rispettare il principio di differenziazione nell'attribuzione dei punteggi: contestualmente la capacità di valutare i propri collaboratori è rappresentata da un apposito item di valutazione dell'area del comportamento manageriale.

Tab. 13 – valutazione del personale anno 2024 per area contrattuale ed ente

Area contrattuale	Ente	N° personale valutato
Comparto sanità	Dipendente	890
	Personale universitario in convenzione	6
Comparto sanità ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria	Collaboratore prof.le supporto alla ricerca	39
	Ricercatore Sanitario	48
Totale Comparto		983
Dirigenza	Dipendente	296
	Personale universitario in convenzione	17
Totale Dirigenza		314
Totale complessivo		1.296

7.1 Sintesi delle valutazioni Area Dirigenza

Il sistema di valutazione per l'anno 2024 fa riferimento a quanto definito negli accordi riportati in premessa.

Le schede dell'Area Dirigenziale sono suddivise tra le seguenti tipologie:

- Dirigenza Medica;
- Dirigenza Sanitaria e delle Professioni Sanitarie: psicologi, fisici, biologi, farmacisti, dirigente delle professioni sanitarie;
- Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa: ingegneri, avvocati, statistici, analisti, amministrativi.

Ogni tipologia è a sua volta suddivisa in:

- Dirigenti con incarico gestionale: Direttori/Dirigenti di SS, SC, SSD;
- Dirigenti con incarico professionale: il personale restante.

Le schede prevedono l'individuazione di 5 criteri generali, a loro volta suddivisi in 4 specifici item. Per ogni item è consentito un punteggio che va da 1 a 5, basato sulla seguente scala di giudizio:

(5) ECCELLENTE	Largamente al di sopra dell'attesa
(4) BUONO	Superiore all'attesa
(3) ADEGUATO	In linea con l'attesa
(2) MEDIOCRE	Inferiore all'attesa
(1) SCARSO	Largamente al di sotto dell'attesa

Il punteggio massimo per scheda è quindi di 100 punti. La valutazione è negativa se il punteggio è inferiore a 60/100.

In appendice vengono riportate le diverse schede di valutazione, in cui è possibile individuare i criteri generali e i diversi item di giudizio.

Per l'analisi delle valutazioni espresse si prende come riferimento la complessiva area Dirigenziale, dove la Dirigenza dell'Area Sanità ottiene un valore medio del 97,61 % e la Dirigenza Professionale-Tecnica-Amministrativa un valore medio del 99,4 %.

La media complessiva per la Dirigenza si attesta sul valore di 97,69%.

Tab. 14 – valutazione del personale della Dirigenza per area contrattuale ed ente anno 2024

Area contrattuale	Ente	N° personale da valutare - 2024
Dirigenza Medica	Dipendente	234
	Personale universitario in convenzione	15
Totale Dirigenza Medica		249
Dirigenza Sanitaria (incluse professioni sanitarie)	Dipendente	51
	Personale universitario in convenzione	2
Totale Dirigenza Sanitaria		53
Dirigenza P.T.A.	Dipendente	11
Totale complessivo		313

Tab. 15 – valutazione del personale della Dirigenza anno 2024: distribuzione percentuale delle valutazioni per range di punteggio

Punteggio scheda	%	Dipendenti valutati
Non valutabile	0,64 %	2
60-80	1,28 %	4
81-90	2,88 %	9
Tra 91 e 99	49,84 %	156
Uguale a 100	45,73 %	142
TOTALE	100,00%	313

7.2 Sintesi delle valutazioni del personale del Comparto

Il sistema di valutazione per l'anno 2024 fa riferimento a quanto definito nel "Regolamento sulla valutazione per il riconoscimento del merito – personale del Comparto" riportato in premessa.

La scheda in uso per il personale del comparto individua 5 criteri generali (Area della collaborazione, Area della comunicazione, Area della qualità erogata, Area dell'efficienza, Area della formazione), a

loro volta suddivisi in specifici item. Per ogni item è consentito un punteggio che va da 1 a 5. Il totale massimo per ogni scheda è di 100 punti. La valutazione è negativa se il punteggio è inferiore a 55. Di seguito viene riportata la scala di giudizio per ciascun item:

(5) ECCELLENTE	largamente al di sopra dell'attesa
(4) BUONO	superiore all'attesa
(3) ADEGUATO	in linea con l'attesa
(2) MEDIOCRE	inferiore all'attesa
(1) SCARSO	largamente al di sotto dell'attesa

Complessivamente, la media dei punteggi risulta essere pari a 95,56/100.

Tab. 16 –valutazione del personale del Comparto anno 2024: distribuzione percentuale delle valutazioni per range di punteggio

Punteggio scheda	%	Dipendenti valutati
60-80	1,79	16
81-90	6,36	57
Tra 91 e 99	59,15	530
Uguale a 100	31,47	282
Non valutabile	1,23	11
TOTALE	100%	896

Confronto con le valutazioni espresse gli anni precedenti

Osservando la distribuzione delle valutazioni espresse e confrontando l'ultimo biennio, si evince in particolare un incremento delle schede di valutazione con punteggio superiore a 90/100, tanto per il comparto quanto per la dirigenza.

Tab. 17 –valutazione personale della Dirigenza anni 2023 e 2024: distribuzione % delle valutazioni per range di punteggio

Punteggio scheda	Anno 2023 % dipendenti valutati	Anno 2023 n° dipendenti valutati	Anno 2024 % dipendenti valutati	Anno 2024 n° dipendenti valutati
60-80	1,05%	3	1,28 %	4
81-90	2,80%	8	2,88 %	9
Tra 91 e 99	53,85%	154	49,84 %	156
Uguale a 100	42,31%	121	45,37 %	142
Non valutabile	//	//	0,64 %	2
TOTALE	100%	286	100%	313

Tab. 18 –valutazione personale del Comparto anni 2023 e 2024: distribuzione % delle valutazioni per range di punteggio

Punteggio scheda	Anno 2023 % dipendenti valutati	Anno 2023 n° dipendenti valutati	Anno 2024 % dipendenti valutati	Anno 2024 n° dipendenti valutati
60-80	2,11 %	18	1,79 %	16
81-90	7,37%	63	6,36 %	57
Tra 91 e 99	64,09%	548	59,15 %	530
Uguale a 100	26,08%	223	31,47 %	282
Non valutabile	0,35%	3	1,23 %	11
TOTALE	100%	855	100%	896

7.3 Sintesi delle valutazioni del personale del comparto della ricerca sanitaria

La valutazione annuale del personale del ruolo della ricerca sanitaria trova il suo fondamento nell'art. 8 del CCNL del 11/07/2019 (il quale prevede la valutazione annuale) e nel Regolamento del Ministero della Salute del 20/11/2019 che indica le modalità, le condizioni e i criteri per la valutazione del personale della ricerca sanitaria e di supporto alla ricerca sanitaria.

Per i Ricercatori sanitari, l'Iter sarà completato dal Nucleo di Valutazione con i giudizi finali, non appena questo sarà in possesso di tutta la documentazione necessaria (settembre 2025).

Per il personale con profilo di Collaboratore professionale di supporto alla ricerca la valutazione è stata espressa dai rispettivi responsabili utilizzando il modello di Scheda di valutazione individuale annuale adottato per il restante personale del comparto (vedi Appendice fig. 5).

Complessivamente la media dei punteggi espressi risulta essere pari a 98,92/100.

Tab. 19 –valutazione del personale del Comparto di supporto alla ricerca sanitaria anni 2023 e 2024: distribuzione % delle valutazioni per range di punteggio.

Punteggio scheda	Anno 2023		Anno 2024	
	% valutati	N° valutati	% valutati	N° valutati
60-90	2,56%	1	2,56 %	1
Tra 91 e 99	41,03%	16	46,15 %	18
Uguale a 100	56,41%	22	51,28 %	20
TOTALE	100%	39	100%	39

8. Risorse, efficienza ed economicità

8.1 Indicatori e macro aggregati di bilancio

Il bilancio d'esercizio 2024 evidenzia un risultato economico positivo pari a + € 1.323.451. Il conto economico comparato presenta i dati riassuntivi riportati in tabella 20 e di dettaglio in tabella 21. Gli ultimi due esercizi, in continuità con gli anni precedenti, registrano una gestione economico-finanziaria in equilibrio, chiudendo con un risultato economico positivo.

Tabella 20– riepilogo conto economico – anni 2024/2023

Conto economico	Anno 2024	Anno 2023	Differenza
Totale valore della produzione	265.160.488 €	233.927.443 €	31.233.045 €
Totale costi della produzione	259.148.066 €	231.187.380 €	27.960.685 €
Differenza Valore della Produzione- Costo della produzione	6.012.422 €	2.740.062 €	3.272.359 €
Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 9.365 €	- 13.000 €	3.635 €
Totale proventi e oneri straordinari (E)	293.452 €	2.724.309 €	- 2.430.857 €
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.296.509 €	5.451.371 €	845.138 €
Totale imposte e tasse	4.973.058 €	5.230.058 €	- 257.000 €
RISULTATO DI ESERCIZIO	1.323.451 €	221.314 €	1.102.137 €

Tabella 21 - Sintesi conto economico comparato – dettaglio anni 2024-2023

Conto economico	Anno 2024	Anno 2023	Differenza
RISULTATO DI ESERCIZIO	1.323.451 €	221.314 €	1.102.137 €
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.296.509 €	5.451.371 €	845.138 €
Totale valore della produzione (A)	265.160.488 €	233.927.443 €	31.233.045 €
A.1) Contributi in c/esercizio	32.973.703 €	27.579.531 €	5.394.172 €
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 11.519.492 €	- 300.000 €	- 11.219.492 €
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	4.888.900 €	4.517.303 €	371.597 €
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	207.582.983 €	184.285.187 €	23.297.795 €
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	22.819.423 €	9.485.300 €	13.334.123 €
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	830.623 €	803.620 €	27.002 €
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	6.665.563 €	6.996.238 €	- 330.676 €
A.9) Altri ricavi e proventi	918.785 €	560.263 €	358.522 €
Totale costi della produzione (B)	259.148.066 €	231.187.380 €	27.960.685 €
B.1) Acquisti di beni	121.558.309 €	102.890.677 €	18.667.632 €
<i>B.1.A) Acquisti di beni sanitari</i>	<i>120.972.139 €</i>	<i>102.414.509 €</i>	<i>18.557.630 €</i>
<i>B.1.B) Acquisti di beni non sanitari</i>	<i>586.170 €</i>	<i>476.168 €</i>	<i>110.002 €</i>
B.2) Acquisti di servizi	27.150.071 €	26.922.264 €	227.807 €
<i>B.2.A) Acquisti servizi sanitari</i>	<i>17.059.285 €</i>	<i>17.195.738 €</i>	<i>- 136.453 €</i>
<i>B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari</i>	<i>10.090.786 €</i>	<i>9.726.526 €</i>	<i>364.260 €</i>
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	5.065.738 €	4.652.242 €	413.495 €
B.4) Godimento di beni di terzi	1.151.614 €	901.633 €	249.980 €
Totale Costo del personale	66.396.966 €	63.109.399 €	3.287.567 €
B.9) Oneri diversi di gestione	16.470.073 €	1.879.390 €	14.590.683 €
Totale Ammortamenti	7.192.536 €	7.523.211 €	- 330.676 €
B.13) Variazione delle rimanenze	1.503.646 €	9.180.108 €	- 7.676.462 €
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	12.659.114 €	14.128.455 €	- 1.469.341 €
Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 9.365 €	- 13.000 €	3.635 €
Totale proventi e oneri straordinari (E)	293.452 €	2.724.309 €	- 2.430.857 €
Totale imposte e tasse	4.973.058 €	5.230.058 €	- 257.000 €

9. Attività di ricerca

9.1 Pubblicazioni e impact factor

L'attività di ricerca dell'Istituto si caratterizza per una costante crescita nell'ultimo decennio, sia nel numero di pubblicazioni che nel valore di Impact Factor Normalizzato, indice bibliometrico creato dal Ministero della Salute per poter distribuire in modo equo i fondi di ricerca agli IRCCS.

Nel corso del 2020 in particolare la performance scientifica dello IOV ha avuto una netta impennata, complici diversi fattori: la nascita di nuove strutture nella sede di Castelfranco Veneto, la costituzione di gruppi di ricerca più solidi, l'aumento di pubblicazioni con autrici e autori in posizione rilevante, diversi lavori di ricerca editi su riviste ad alto impatto nella comunità scientifica. Nel 2024 c'è stata una leggera diminuzione del numero di pubblicazioni (-1,44%) a fronte però di un incremento del IF normalizzato (+2,52%), rispetto all'anno precedente.

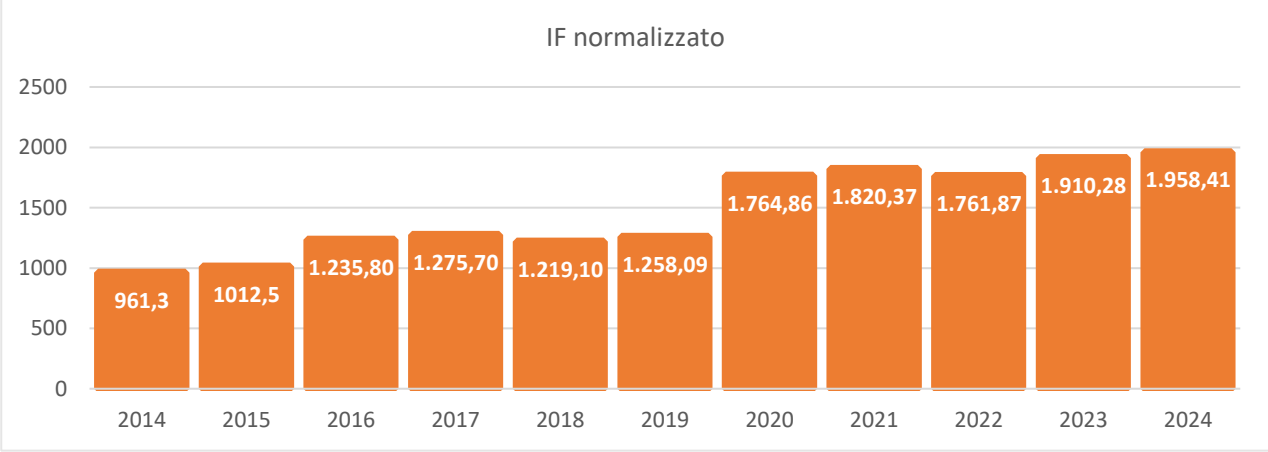
Tabella 22 - Numero di pubblicazioni e indicatori. Triennio 2022-2024

Anno	N° pubblicazioni	IF normalizzato
2022	302	1.762
2023	347	1.910
2024	342	1.958

Figura 23 – Numero di pubblicazioni. Decennio 2014-2024



Figura 24 – Impact Factor Normalizzato. Decennio 2014-2024



9.2 Studi Clinici presso IOV

Lo IOV è impegnato nella ricerca clinica e i dati seguenti riportano il numero delle sperimentazioni cliniche interventistiche condotte nell'ultimo triennio 2022-2024, il numero dei pazienti reclutati e gli introiti legati all'attività di sperimentazione. I dati sono forniti dalla UOSD – Unità Ricerca Clinica.

Nuovi studi per anno di attivazione

	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
Anno 2022	134	57	46	19	12
Anno 2023	124	64	44	7	9
Anno 2024	112	59	40	8	5

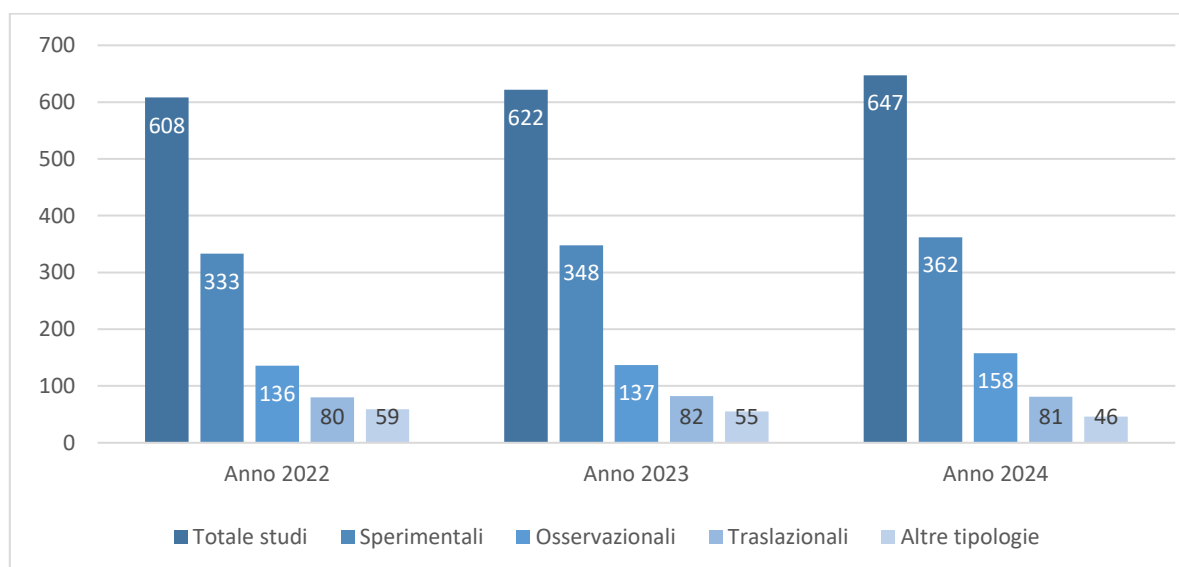
	Sperimentali su farmaco
Anno 2022	56
Anno 2023	62
Anno 2024	54

	Totale studi	No Profit	Profit
Anno 2022	134	90	44
Anno 2023	124	75	49
Anno 2024	112	65	47

La durata media degli studi clinici è di circa 3,4 anni, con una durata superiore degli studi sperimentali pari a 4.0. Pertanto, oltre al numero di nuovi studi attivati risulta estremamente importante considerare anche il numero di studi attivi, ovvero prevalenti, per anno.

Studi attivi prevalenti per anno

	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
Anno 2022	608	333	136	80	59
Anno 2023	622	348	137	82	55
Anno 2024	647	362	158	81	46



Performance in termini di arruolamento pazienti

Oltre ai tempi di attivazione, un indicatore molto utilizzato della performance dei centri clinici nell’ambito delle sperimentazioni cliniche, è il numero di pazienti effettivamente arruolati rispetto all’atteso. Nella tabella sottostante è riportato il numero di studi che hanno concluso l’arruolamento nel periodo 2022-2024 e tra questi quelli con una percentuale di pazienti arruolati superiore al 100% e quelli con una percentuale inferiore al 20% dell’atteso. Tra gli studi sperimentali, il 57% (98 su 172) ha concluso l’arruolamento raggiungendo o superando il target previsto per il centro, mentre solo 14% (24 su 172) si è concluso con l’arruolamento inferiore al 20% dei pazienti previsti.

Pazienti reclutati su attesi (%)	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
Su totale studi	300	172	85	18	25
≥100%	177	98	55	12	12
≤20%	47	24	13	2	8

Sperimentazioni interventistiche con farmaco di fase I e I/II

Dalla fine del 2018, presso IOV è attivo il centro sperimentazioni di Fase 1, certificato ai sensi della Determina AIFA 809/2015. Il Centro si articola in due aree: clinica e gestionale. L’area clinica è composta dalle UU.OO. dell’area medica e chirurgica attraverso i rispettivi sperimentatori principali (PI) e co-sperimentatori, il team degli infermieri di ricerca, l’UOC Farmacia e il Laboratorio processazione campioni della UOC Immunologia e diagnostica molecolare oncologica. Le attività di supporto per la gestione delle urgenze ed emergenze sono garantite dalla UOC Anestesia e rianimazione. L’URC rappresenta, insieme alla UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS, l’area gestionale del Centro Sperimentazioni di Fase 1. In ambito oncologico, gli studi di fase 1 sono estremamente importanti perché prevedono l’utilizzo di nuovissimi farmaci che possono rappresentare un’alternativa unica e preziosa per pazienti senza alternative terapeutiche. Sono studi generalmente molto complessi e delicati che richiedono una notevole organizzazione e un team ultra qualificato.

Di seguito si riporta il numero di sperimentazioni cliniche di fase 1, incidenti e prevalenti nel triennio 2022-2024 con il numero di pazienti arruolati per anno.

	Nuovi studi	Studi Prevalenti
Anno 2022	7	25
Anno 2023	10	31
Anno 2024	10	40

	Pazienti arruolati	Pazienti prevalenti
Anno 2022	121	161
Anno 2023	124	189
Anno 2024	82	168

Studi promossi da IOV

L’Istituto si configura anche come promotore no profit di studi clinici regionali, nazionali ed internazionali in ambito oncologico.

Di seguito sono riportati il numero di nuovi studi promossi dall’Istituto nel triennio 2022-2024 e quelli prevalenti nel medesimo periodo.

Incidenti	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
Anno 2022	25	2	15	4	4
Anno 2023	29	1	20	5	3
Anno 2024	29	4	17	6	2

Prevalenti	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
Anno 2022	104	9	41	36	18
Anno 2023	114	7	50	39	18
Anno 2024	126	10	56	45	15

Nel corso del 2024, a conferma del trend del 2023, si è registrato un aumento degli studi promossi dall'Istituto. E tra gli studi prevalenti nel 2024, promossi dall'Istituto, si registrano 40 studi multicentrici. Questo dato sottolinea il ruolo di hub dell'Istituto ed evidenzia il maggiore carico di lavoro richiesto ai collaboratori dell'URC in tutte le fasi degli studi: stesura protocollo, allestimento fascicolo documentale, sottomissione ai centri partecipanti, monitoraggio presso i centri partecipanti.

Prevalenti 2024	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
Monocentrici	86	4	42	28	12
Multicentrici	40	6	14	17	3

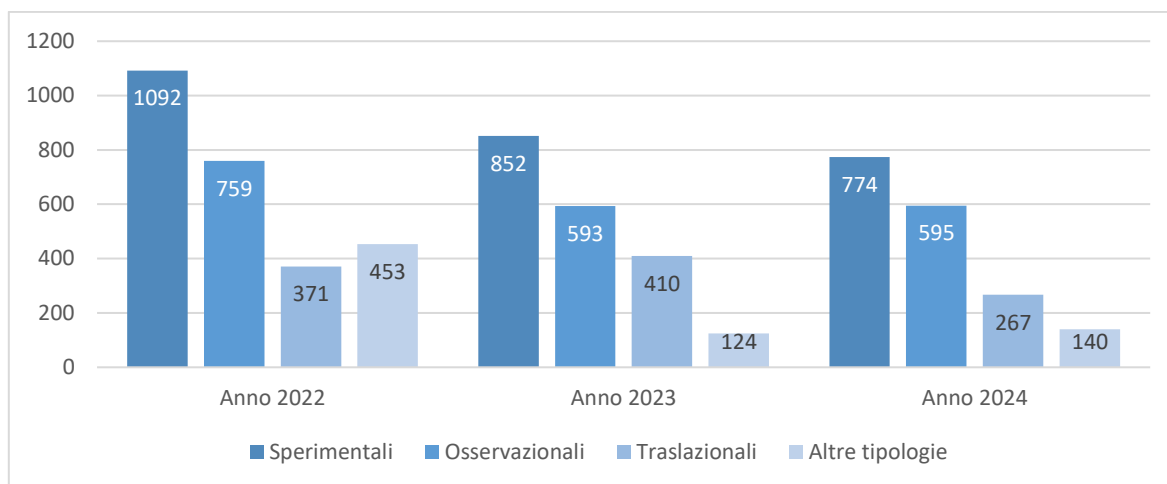
Pazienti coinvolti nelle sperimentazioni attivate presso IOV

Nelle tabelle successive è riportato, per il triennio 2022-2024, il numero di pazienti coinvolti negli studi clinici, suddivisi in:

- pazienti incidenti, ovvero che hanno firmato il consenso informato alla partecipazione allo studio nell'anno di riferimento;
- pazienti prevalenti, ovvero che risultano in trattamento e/o in follow-up nell'anno di riferimento.

Nuovi pazienti presi in carico per anno (screenati-incidenti)

	Totale pazienti	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
Anno 2022	2.675	1.092	759	371	453
Anno 2023	1.979	852	593	410	124
Anno 2024	1.776	774	595	267	140

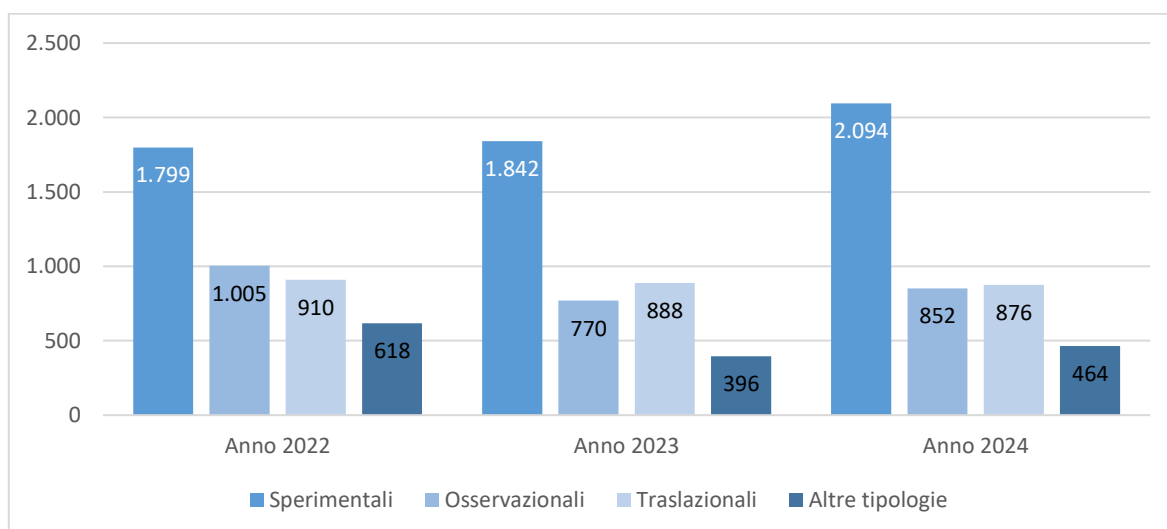


Studi Sperimentali su farmaco	Pazienti screenati	Pazienti arruolati
Anno 2022	1.070	450
Anno 2023	819	472
Anno 2024	709	513

	Totale		di cui NO PROFIT		di cui PROFIT	
	Screenati	Arruolati	Screenati	Arruolati	Screenati	Arruolati
Anno 2022	2.675	2.019	1.893	1.763	782	256
Anno 2023	1.979	1.557	1.394	1.208	585	349
Anno 2024	1.776	1.511	1.323	1.174	453	337

Pazienti prevalenti in carico per anno

	Totale pazienti	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
Anno 2022	4.332	1.799	1.005	910	618
Anno 2023	3.896	1.842	770	888	396
Anno 2024	4.286	2.094	852	876	464



	Totale pazienti	No Profit	Profit
Anno 2022	4.332	3.304	1.028
Anno 2023	3.896	2.796	1.100
Anno 2024	4.286	3.057	1.229

	Pazienti Sperimentali su farmaco
Anno 2022	1.746
Anno 2023	1.785
Anno 2024	1.989

9.3 Proventi dell'attività di sperimentazione clinica per tipologia fondo

I proventi dell'attività di sperimentazione clinica sono sostanzialmente legati a diverse voci tra cui: la quota che i promotori profit versano per l'espressione del parere del CESC-IOV, la quota prevista per il monitoraggio amministrativo degli studi da parte dell'URC, i rimborsi per l'esecuzione delle prestazioni e visite nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e la quota per paziente arruolato. Nella valutazione complessiva dei proventi andrebbe anche considerato il risparmio di spesa farmaceutica legato all'inserimento di pazienti in studi che prevedono la fornitura gratuita di farmaci oncologici. Di seguito si riportano i dati forniti dall'Ufficio Gestione fondi della UOC Risorse Umane.

	Quota CESC	Quota URC	Proventi IOV	Totale
Anno 2022	547.068,00 €	189.000,00 €	7.748.064,00 €	8.484.132,00 €
Anno 2023	159.493,60 €	30.002,40 €	7.836.794,50 €	8.026.290,50 €
Anno 2024	187.494,00 €	-	10.018.681,59 €	10.206.175,59 €

9.4 Finanziamenti in Grant ottenuti nel periodo 2022-2024

Tabella 23 – Finanziamenti ricerca finalizzata assegnati nel periodo 2022-2024

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
Development of a multiparametric model based on host and tumor immune-related features for predicting complete pathological response to neoadjuvant chemoradiation in locally advanced rectal cancer - RF-2021	Ministero della Salute	2022	450.000,00€

Tabella 24 - Progetti PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Denominazione progetto	Descrizione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento
Exploiting hyaluronan as a natural and effective immunological adjuvant for protein-based vaccines against cancer and infectious diseases - CAPOFILA	Applicazione acido ialuronico come adiuvante immunologico naturale ed efficace per vaccini a base di proteine contro cancro e malattie infettive	MdS	2022	1.000.000€
Persistent, aberrant myelopoiesis as etiological factor for chronic illness and metastatic disease - CAPOFILA	Mielopoiesi persistente e aberrante come fattore eziologico per malattia cronica e malattia metastatica	MdS	2022	1.000.000€

Denominazione progetto	Descrizione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento
Implementation of a predictive biomarker of response to regorafenib in glioblastoma - CAPOFILA	Valutazione di un biomcatore predittivo di risposta al Regorafenib nel glioblastoma	MdS	2022	990.000€
Low Dose Tamoxifen and Lifestyle Changes for Breast Cancer Prevention: a randomized phase II biomarker trial in subjects at increased risk - PARTNER		MdS	2022	80.000€
IDENTIFICATION OF TARGETABLE VULNERABILITIES IN REDOX HOMEOSTASIS PATHWAYS AS A NOVEL THERAPEUTIC APPROACH FOR HUMAN T-CELL MALIGNANCIES (capofila)	sviluppare un approccio su più fronti basato sulla letalità sintetica per contrastare la chemioresistenza delle neoplasie a cellule T attraverso la modulazione dell'omeostasi redox e dei segnali di morte cellulare	MdS	2024/2025	999.000,00€
GENOTYPIC, METABOLIC AND IMMUNOPHENOTYPIC CHARACTERIZATION OF EARLY T-CELL PRECURSOR (ETP) ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA (ALL) FOR THE PRECLINICAL DEVELOPMENT OF CAR-T CELLS (partner)	Early precursor T-cell (ETP) acute lymphoblastic leukemia (ALL) is a rare hematologic malignancy, characterized by an uncontrolled expansion of immature T cells and distinct gene expression profiling.	MdS	2024/2025	200.000,00€
CONTRAST ENHANCEMENT MAMMOGRAPHY VS. MRI FOR THE SURVEILLANCE OF WOMEN AT HIGH RISK OF BREAST CANCER: CON-TRUST RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL (partner)	Mammography- based screening programs have been implemented to increase the chance of early detection, but their effectiveness in high-risk women, such as those with a BRCA1/2 mutation, is limited.	MdS	2024/2025	115.054,00€
MULTIDISCIPLINARY AND MULTIOMIC APPROACH TO DISSECT THE CELLULAR NETWORK IN THE GLIOMA MICROENVIRONMENT: TRANSLATIONAL PERSPECTIVE TO IMPROVE PATIENT'S MANAGEMENT (Partner)	to investigate the role and the complexity of the tumor cells and tumor microenvironment (TME) interaction in GBM as a predictive factor for immunotherapy response and risk of recurrence.	MdS	2024/2025	225.000,00€

Tabella 25 – Altri finanziamenti con fondi pubblici assegnati nel periodo 2022-2024

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
Valorizzazione della Proprietà Intellettuale dei Ricercatori IOV al fine di aumentare l'intensità e la qualità dei processi di innovazione e di trasferimento tecnologico dell'Istituto da e verso le imprese 3.0 (INNOVA 3.0)	Ministero dello Sviluppo Economico (MISE)	2023	85.336€

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
Life Science TTO Network (PNC)	Ministero della Salute	2023	251.450€

Tabella 26 – Finanziamenti con fondi privati assegnati nel periodo 2022-2024

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
Applicazione della value based Healthcare nella gestione del paziente con tumore del colon-retto all'interno della rete nazionale dei percorsi oncologici	FONDAZIONE BERLUCCHI (ONLUS)	2022	10.000 €
Hyaluronan as an effective immunological adjuvant for the creation of protein-based vaccines against HER2 breast cancers	Fondazione AIRC	2023	497.750€

Tabella 27 – Finanziamenti con fondi internazionali assegnati nel periodo 2022-2024

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
Radiotherapy-Activated Immunomodulating Niches (RAIN)	European Commission	2022	250.000€
Joint Action on Networks of Expertise” (JANE)	European Commission	2022	14.980€
Diagnostic HER2DX-guided treatment for patients with early-stage HER2-positive breast cancer (DEFINITIVE)	European Commission	2023	59.475€
TOWARDS SAFE, OPTIMIZED AND PERSONALIZED RADIOLOGY AND RADIOTHERAPY PROCEDURE FOR PREGNANT PATIENTS (SONORA) (Partner)	European Commission	2024	71.000,00€
Joint Action on Networks of Expertise on Cancer (JANE-2) (Partner)	European Commission	2024	228.883,70€
EUROPEAN COMPREHENSIVE CANCER CENTRE NETWORK (EUNETCCC) (Partner)	European Commission	2024/2025	141.131,78€

Tabella 28 – Adesioni a reti internazionali nel periodo 2022-2024

Denominazione rete	Anno di adesione alla rete
DIGital Institute for Cancer Outcomes REsearch (DigiCore)	2022

10. Rilevazione dei tempi medi di pagamento

10.1 Indice di tempestività dei pagamenti

L'indice di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, in quanto attribuisce un peso maggiore ai ritardi relativi al pagamento di fatture di somme elevate. Tale indicatore è previsto dall'art. 9 del DPCM del

22/09/2014 ed è stato oggetto di specifici chiarimenti con circolari della Ragioneria Generale dello Stato n. 3 e 22 del 2015.

Tale indice è dato dal rapporto tra la somma dell'importo di ciascuna fattura pagata per le transazioni di natura commerciale relative all'anno solare, moltiplicato per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura stessa e la data di pagamento ai fornitori, e la somma degli importi pagati nell'anno solare.

Il valore dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti per l'anno 2024 risulta di -42,73 in miglioramento rispetto all'esercizio 2023 che aveva registrato un valore di -37,48 a conferma della costante azione di monitoraggio/efficientamento della attività connesse alla gestione del ciclo passivo.

11. Il processo di redazione della relazione sulle performance

11.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

La presente relazione è stata predisposta dalla UOS Controllo di Gestione e dalla UOC Gestione delle Risorse Umane. La verifica dei contenuti e le valutazioni consuntive sul livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Dipartimenti, e all'Istituto nel suo complesso, sono state operate dai Direttori di Area. I report di monitoraggio consuntivo sono stati anticipatamente sottoposti al vaglio ed alle valutazioni della Direzione Strategica. La stessa Relazione è approvata dal Direttore Generale con Deliberazione.

Considerazioni

Dalla rendicontazione dell'anno 2024 emerge un risultato positivo per le strutture aziendali, rispetto alle performance prefissate dalla DGRV n. 1682/2023 e dagli obiettivi prefissati dalla Direzione Strategica.

Riferimenti normativi

Ambito programmazione, finanziamento e razionalizzazione della spesa

- Il Decreto del Direttore di Area Sanità e Sociale n. 27 del 07 ottobre 2024 ad oggetto *"Aggiornamento dei limiti di costo in materia di acquisto di beni e servizi sanitari in area farmaci, dispositivi medici, assistenza protesica e integrativa assegnati agli Enti del SSR per l'anno 2024"* con il quale la Regione ha aggiornato il precedente provvedimento (Decreto n. 7 del 25/03/2024);
- Il Decreto del Direttore di Area Sanità e Sociale n. 60 dell'11 aprile 2024 ad oggetto *"Disposizioni per l'anno 2024 in materia di personale del SSR – Obiettivi di costo anno 2024"*;

- La DGRV n. 1682 del 29/12/2023 di *“Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2024”* il cui *“Vademecum versione 1.0”* di descrizione degli obiettivi è stato trasmesso con DGR 72/2024 del 22/03/2024.

Ambito Performance e Trasparenza

- D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009 *“Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*;
- DGRV n. 2205 del 06/11/2012 *“Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del d.lgs. n.150/2009 e della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22. Approvazione definitiva della deliberazione/CR n. 90 del 4 settembre 2012 sulla base del parere favorevole espresso dalla Quinta Commissione consiliare”*;
- D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013 *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*;
- DGRV n. 140 del 16/02/2016 *“Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2)”*.

Livello Aziendale

- la Deliberazione del Direttore Generale n. 69 del 30/01/2024 avente ad oggetto *“Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026”*;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 202 del 29/02/2024 avente ad oggetto *“Adozione del Documento delle Direttive 2024”*;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 831 del 27/09/2024 *“Presenza d’atto delle Schede di Budget per l’anno 2024”*;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 397 del 30/04/2025, con la quale l'azienda ha adottato il Bilancio di esercizio 2024.

Appendice: schede di valutazione del personale

Fig. 1: Scheda di valutazione Dirigenza Area Sanità con incarico gestionale



DIRIGENZA AREA SANITA' VERIFICA ANNUALE DEI RISULTATI DEI DIRIGENTI (DIRIGENTI CON INCARICO GESTIONALE – DIRETTORI DI S.C., S.S., S.S.D.)

Cognome

Nome

Qualifica

Incarico Dirigenziale

Periodo di valutazione

Unità Operativa

Valutatore

Criteri Generali	Oggetto della Valutazione	Punteggio Assegnato				
AREA DEL COMPORTAMENTO MANAGERIALE	1. Capacità di decidere e guidare	1	2	3	4	5
	2. Capacità di delegare	1	2	3	4	5
	3. Capacità di mediare	1	2	3	4	5
	4. Capacità di valutare i collaboratori	1	2	3	4	5
AREA RELAZIONALE E DELLA COMUNICAZIONE	1. Grado di ascolto degli altri e capacità di comunicare decisioni chiare e precise	1	2	3	4	5
	2. Capacità di promuovere dinamiche di squadra	1	2	3	4	5
	3. Grado di riservatezza	1	2	3	4	5
	4. Capacità di lavorare a livello dipartimentale o trasversale	1	2	3	4	5
AREA DELL'EFFICIENZA E DELLA PRODUTTIVITA'	1. Capacità di lavoro personale	1	2	3	4	5
	2. Capacità di indurre la produttività degli altri	1	2	3	4	5
	3. Capacità di innovare nella propria organizzazione	1	2	3	4	5
	4. Grado di aggiornamento tecnico scientifico	1	2	3	4	5
AREA DELLA PARTECIPAZIONE AI PROCESSI AZIENDALI	1. Grado di appartenenza ai processi aziendali	1	2	3	4	5
	2. Grado di partecipazione ai processi trasversali	1	2	3	4	5
	3. Livello di appropriatezza delle procedure	1	2	3	4	5
	4. Contributo al miglioramento della qualità	1	2	3	4	5
AREA DELLA DOCENZA E DELLA RICERCA	1. Grado di ricerca clinica	1	2	3	4	5
	2. Grado di impegno nella programmazione delle iniziative formative	1	2	3	4	5
	3. Grado di coinvolgimento nella didattica promossa dall'istituto in ambito aziendale	1	2	3	4	5
	4. Grado di coinvolgimento nella didattica promossa dall'istituto in ambito extra-aziendale	1	2	3	4	5

RISULTATO FINALE:

Legenda punteggio assegnato ad ogni singolo item:

- (5) ECCELLENTE largamente al di sopra dell'attesa
 (4) BUONO superiore all'attesa
 (3) ADEGUATO in linea con l'attesa
 (2) MEDIOCRE inferiore all'attesa
 (1) SCARSO largamente al di sotto dell'attesa
 La valutazione è negativa se <60

OSSERVAZIONI DEL VALUTATO

OSSERVAZIONI DEL VALUTATORE

IL VALUTATO

IL VALUTATORE

DATA

DATA

N.B. La valutazione riferita ad un qualsiasi oggetto di valutazione deve essere dettagliata nella parte riservata alle osservazioni del valutatore consentendo al valutato di formulare eventuali contestazioni nello spazio qui dedicato.

Fig. 2: Scheda di valutazione Dirigenza Area Sanità con incarico professionale



DIRIGENZA AREA SANITA'
VERIFICA ANNUALE DEI RISULTATI DEI DIRIGENTI
(DIRIGENTI CON INCARICO PROFESSIONALE)

Cognome	
Nome	
Qualifica	
Incarico Dirigenziale	
Periodo di valutazione	
Unità Operativa	
Valutatore	

Criteri Generali	Oggetto della Valutazione	Punteggio Assegnato				
AREA DELLA COLLABORAZIONE	1. Grado di collaborazione con i colleghi	1	2	3	4	5
	2. Grado di collaborazione con gli altri collaboratori	1	2	3	4	5
	3. Grado di partecipazione all'attività dipartimentale/trasversale	1	2	3	4	5
	4. Apporto del dirigente per il conseguimento dei risultati collegati agli obiettivi di budget	1	2	3	4	5
AREA DELLA COMUNICAZIONE	1. Capacità di valorizzare i propri collaboratori	1	2	3	4	5
	2. Capacità di motivare	1	2	3	4	5
	3. Capacità di coordinare	1	2	3	4	5
	4. Capacità di prendere decisioni chiare e precise	1	2	3	4	5
AREA DELLA QUALITA' EROGATA	1. Accuratezza	1	2	3	4	5
	2. Rapidità	1	2	3	4	5
	3. Puntualità nell'esecuzione	1	2	3	4	5
	4. Contributo al miglioramento della qualità (certificazione)	1	2	3	4	5
AREA DELLA TECNOLOGIA E DEI PROCESSI	1. Grado di innovatività	1	2	3	4	5
	2. Grado di gestione ed utilizzo delle tecnologie in dotazione	1	2	3	4	5
	3. Grado di interscambiabilità operativa	1	2	3	4	5
	4. Grado di adesione al processo di pianificazione (budgeting)	1	2	3	4	5
AREA DELLA DOCENZA E DELLA RICERCA	1. Grado di ricerca clinica	1	2	3	4	5
	2. Grado di impegno nella programmazione delle iniziative formative	1	2	3	4	5
	3. Grado di coinvolgimento nella didattica promossa dall'istituto in ambito aziendale	1	2	3	4	5
	4. Grado di coinvolgimento nella didattica promossa dall'istituto in ambito extra-aziendale	1	2	3	4	5

RISULTATO FINALE:

Legenda punteggio assegnato ad ogni singolo item:

- (5) ECCELLENTE largamente al di sopra dell'attesa
 (4) BUONO superiore all'attesa
 (3) ADEGUATO in linea con l'attesa
 (2) MEDIOCRE inferiore all'attesa
 (1) SCARSO largamente al di sotto dell'attesa
 La valutazione è negativa se <60

OSSERVAZIONI DEL VALUTATO

OSSERVAZIONI DEL VALUTATORE

IL VALUTATO

IL VALUTATORE

DATA _____ DATA _____

N.B. La valutazione riferita ad un qualsiasi oggetto di valutazione deve essere dettagliata nella parte riservata alle osservazioni del valutatore consentendo al valutato di formulare eventuali contestazioni nello spazio qui dedicato.

Fig. 3: Scheda di valutazione Dirigenza PTA con incarico gestionale



AREA DELLA DIRIGENZA PROFESSIONALE – TECNICA – AMMINISTRATIVA – (PTA)
VERIFICA ANNUALE DEI RISULTATI DEI DIRIGENTI
 (DIRIGENTI CON INCARICO GESTIONALE – DIRETTORI DI S.C., S.S., S.S.D.)

Cognome _____
 Nome _____
 Qualifica _____
 Incarico Dirigenziale _____
 Periodo di valutazione _____
 Unità Operativa _____
 Valutatore _____

Criteri Generali	Oggetto della Valutazione	Punteggio Assegnato				
AREA DEL COMPORTAMENTO MANAGERIALE	1. Capacità di decidere e guidare	1	2	3	4	5
	2. Capacità di delegare	1	2	3	4	5
	3. Capacità di mediare	1	2	3	4	5
	4. Capacità di valutare i collaboratori	1	2	3	4	5
AREA RELAZIONALE E DELLA COMUNICAZIONE	1. Grado di ascolto degli altri	1	2	3	4	5
	2. Capacità di promuovere dinamiche di squadra	1	2	3	4	5
	3. Grado di riservatezza	1	2	3	4	5
	4. Capacità di lavorare a livello dipartimentale o trasversale	1	2	3	4	5
AREA DELL'EFFICIENZA E DELLA PRODUTTIVITA'	1. Capacità di lavoro personale	1	2	3	4	5
	2. Capacità di indurre la produttività degli altri	1	2	3	4	5
	3. Capacità di innovare nella propria organizzazione	1	2	3	4	5
	4. Grado di aggiornamento tecnico scientifico	1	2	3	4	5
AREA DELLA PARTECIPAZIONE AI PROCESSI AZIENDALI	1. Grado di appartenenza ai processi aziendali	1	2	3	4	5
	2. Grado di partecipazione ai processi trasversali	1	2	3	4	5
	3. Livello di appropriatezza delle procedure	1	2	3	4	5
	4. Contributo al miglioramento della qualità	1	2	3	4	5
AREA DELLA CONOSCENZA E DELLA FORMAZIONE	1. Grado di trasmissione di conoscenze al personale assegnato	1	2	3	4	5
	2. Livello di partecipazione agli eventi formativi di competenza	1	2	3	4	5
	3. Grado di impegno nella programmazione delle iniziative di formazione	1	2	3	4	5
	4. Livello di coinvolgimento negli eventi formativi di interesse strategico	1	2	3	4	5

RISULTATO FINALE:

Legenda punteggio assegnato ad ogni singolo item:

- (5) ECCELLENTE largamente al di sopra dell'attesa
 (4) BUONO superiore all'attesa
 (3) ADEGUATO in linea con l'attesa
 (2) MEDIOCRE inferiore all'attesa
 (1) SCARSO largamente al di sotto dell'attesa
 La valutazione è negativa se <60

OSSERVAZIONI DEL VALUTATO

OSSERVAZIONI DEL VALUTATORE

IL VALUTATO

IL VALUTATORE

DATA _____ DATA _____

N.B. La valutazione riferita ad un qualsiasi oggetto di valutazione deve essere dettagliata nella parte riservata alle osservazioni del valutatore consentendo al valutato di formulare eventuali contestazioni nello spazio qui dedicato.

Fig. 4: Scheda di valutazione Dirigenza PTA con incarico professionale



AREA DELLA DIRIGENZA PROFESSIONALE – TECNICA - AMMINISTRATIVA – (PTA)
VERIFICA ANNUALE DEI RISULTATI DEI DIRIGENTI
(DIRIGENTI CON INCARICO PROFESSIONALE)

Cognome	
Nome	
Qualifica	
Incarico Dirigenziale	
Periodo di valutazione	
Unità Operativa	
Valutatore	

Criteri Generali	Oggetto della Valutazione	Punteggio Assegnato				
AREA DELLA COLLABORAZIONE	1. Grado di collaborazione con i colleghi	1	2	3	4	5
	2. Grado di collaborazione con gli altri collaboratori	1	2	3	4	5
	3. Grado di partecipazione all'attività dipartimentale/trasversale	1	2	3	4	5
	4. Apporto del dirigente per il conseguimento dei risultati collegati agli obiettivi di budget	1	2	3	4	5
AREA DELLA COMUNICAZIONE	1. Capacità di valorizzare i propri collaboratori	1	2	3	4	5
	2. Capacità di motivare	1	2	3	4	5
	3. Capacità di coordinare	1	2	3	4	5
	4. Capacità di prendere decisioni chiare e precise	1	2	3	4	5
AREA DELLA QUALITA' EROGATA	1. Accuratezza	1	2	3	4	5
	2. Rapidità	1	2	3	4	5
	3. Puntualità nell'esecuzione	1	2	3	4	5
	4. Contributo al miglioramento della qualità (certificazione)	1	2	3	4	5
AREA DELLA TECNOLOGIA E DEI PROCESSI	1. Grado di innovatività	1	2	3	4	5
	2. Grado di gestione ed utilizzo delle tecnologie in dotazione	1	2	3	4	5
	3. Grado di interscambiabilità operativa	1	2	3	4	5
	4. Grado di adesione al processo di pianificazione (budgeting)	1	2	3	4	5
AREA DELLA CONOSCENZA E DELLA FORMAZIONE	1. Grado di trasmissione di conoscenze al personale assegnato	1	2	3	4	5
	2. Livello di partecipazione agli eventi formativi di competenza	1	2	3	4	5
	3. Grado di impegno nella programmazione delle iniziative di formazione	1	2	3	4	5
	4. Livello di coinvolgimento negli eventi formativi di interesse strategico	1	2	3	4	5

RISULTATO FINALE:

Legenda punteggio assegnato ad ogni singolo item:

- (5) ECCELLENTE largamente al di sopra dell'attesa
 (4) BUONO superiore all'attesa
 (3) ADEGUATO in linea con l'attesa
 (2) MEDIOCRE inferiore all'attesa
 (1) SCARSO largamente al di sotto dell'attesa
 La valutazione è negativa se <60

OSSERVAZIONI DEL VALUTATO

OSSERVAZIONI DEL VALUTATORE

IL VALUTATO

IL VALUTATORE

DATA _____ DATA _____

N.B. La valutazione riferita ad un qualsiasi oggetto di valutazione deve essere dettagliata nella parte riservata alle osservazioni del valutatore consentendo al valutato di formulare eventuali contestazioni nello spazio qui dedicato.

Fig. 5: Scheda di valutazione personale del Comparto



COMPARTO SANITÀ SCHEDA DI VALUTAZIONE ANNUALE

	Cognome	
	Nome	
	Qualifica	
	Periodo di Valutazione	
	Unità Operativa	
	Valutatore	

	Elemento	Descrittori di giudizio	Valutazione da 1 a 5 punti
Area della collaborazione	Grado di collaborazione con i colleghi	Valuta costantemente le interrelazioni esistenti tra la propria attività e quella degli altri colleghi, agendo di conseguenza	
	Rapporti con i responsabili	Si intende valutare la correttezza dei rapporti intrattenuti con i responsabili e con gli eventuali altri superiori	
	Capacità di formulare proposte per il miglioramento del servizio	Si intende la capacità di presentare ai soggetti competenti proposte di miglioramento del servizio. Le proposte sono correlate sia al conseguimento dei risultati, sia al miglioramento dell'ambiente di lavoro	
	Attitudine al lavoro di gruppo	Integra la propria attività con quella dei colleghi riconoscendo che il proprio lavoro contribuisce al raggiungimento di un risultato collettivo	
	Adattabilità operativa	Collaborazione dimostrata nello svolgere la propria attività; adattabilità alle soluzioni di volta in volta individuate in relazione alle necessità riscontrate ed agli obiettivi definiti	
SUBTOTALE=			
Area della comunicazione	Gestione della comunicazione	Comportamento atto a stabilire una relazione positiva con utenti/cittadini	
	Sviluppo e condivisione della conoscenza	Si intende la capacità di condividere le competenze possedute con i colleghi e i collaboratori	
	Gestione della relazione	Individua ed utilizza modalità di rapportarsi agli altri e le adatta rispetto ai diversi interlocutori	
	Attitudine a contribuire positivamente al clima di lavoro	Si intende la tendenza a creare un buon clima all'interno del proprio gruppo di lavoro evitando di generare conflitti e sapendosi porre nella giusta prospettiva rispetto ai colleghi e agli altri interlocutori dell'Amministrazione	
	SUBTOTALE=		
Area della qualità erogata	Puntualità nell'esecuzione	Rispetta i tempi e i contenuti assegnati per l'esecuzione della prestazione ed interviene nei tempi opportuni anche in assenza di istruzioni specifiche	
	Diligenza nell'assolvimento dei propri compiti	Si intende l'accuratezza e la diligenza nell'assolvere i propri compiti e mansioni. Si tiene conto della necessità di verificare puntualmente che i compiti siano correttamente portati a termine	
	Disponibilità a sostenere impegni di lavoro aggiuntivi	Si intende la disponibilità ad accettare ulteriori carichi di lavoro, nel rispetto delle mansioni e compiti affidati, rispetto a quelli normalmente svolti	
	Adattabilità	Si intende la capacità di applicarsi a nuovi compiti mai svolti prima e/o variare le proprie responsabilità, comunque sempre nell'ambito delle mansioni proprie del profilo di appartenenza	
	Professionalità riconosciuta dall'utenza (interna/esterna)	Si intendono i comportamenti tenuti con gli utenti esterni o interni (colleghi, dirigenti, ecc...)	
SUBTOTALE=			

	Elemento	Descrittori di giudizio	Valutazione da 1 a 5 punti
Area dell'efficienza	Rispetto degli obiettivi prestazionali assegnati	Si valuta la tensione verso i risultati prestazionali previsti e l'attenzione verso di essi	
	Assunzione di iniziativa	Si intende valutare il comportamento tenuto in rapporto a situazioni che richiedono, nell'ambito delle proprie competenze, di intraprendere un'azione con un intervento immediato o tempestivo	
	Analisi e soluzione dei problemi	E' in grado di affrontare situazioni critiche e di risolvere problemi imprevisti, proponendo possibili alternative ed utilizzando le proprie conoscenze, anche derivanti dall'esperienza sul campo	
	Capacità di operare in base a programmi e/o progetti e direttive	Si intende la capacità di seguire autonomamente e senza bisogno di sollecitazioni un programma di lavoro o un progetto nel rispetto di obiettivi precisi e tempi di attuazione prestabiliti. Gli obiettivi di cui trattarsi devono comunque rientrare nelle mansioni proprie della categoria di appartenenza	
SUBTOTALE=			
Area della formazione	Grado di propensione all'arricchimento professionale	Cognizione dei propri detti formativi, motivazione e disponibilità alla partecipazione a eventi formativi/viaggiamenti nel rispetto di criteri condivisi all'interno dell'unità operativa di appartenenza; capacità di attivare processi di autoformazione tramite letture di riviste e libri, ricerca scientifica multimediale, ecc...	
	Acquisizione e applicazione di nuove conoscenze/competenze a seguito di partecipazione a eventi formativi	Capacità di acquisire, trasmettere agli altri membri del gruppo/equipe, di attuare le informazioni/metodologie/soluzioni utili alle attività professionali	
SUBTOTALE=			
TOTALE COMPLESSIVO=			

(5) ECCELLENTE largamente al di sopra dell'attesa
 (4) BUONO superiore all'attesa
 (3) ADEGUATO in linea con l'attesa
 (2) MEDIOCRE inferiore all'attesa
 (1) SCARSO largamente al di sotto dell'attesa

La valutazione è negativa se < 55

OSSERVAZIONI DEL VALUTATO

OSSERVAZIONI DEL VALUTATORE

DATA _____ IL VALUTATORE _____ DATA _____ IL VALUTATO _____

N.B. La valutazione riferita ad un qualsiasi oggetto di valutazione deve essere dettagliata nella parte riservata alle osservazioni del valutatore consentendo al valutato di

Fig. 6: Scheda di valutazione personale del comparto di supporto alla Ricerca Sanitaria



**ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
I.O.V.**

COMPARTO RICERCA SCHEDA DI VALUTAZIONE ANNUALE

Cognome			
Nome			
Qualifica			
Periodo di Valutazione			
Unità Operativa			
Valutatore			

Area della collaborazione	Elemento	Descrittori di giudizio	Valutazione da 1 a 5 punti
	Grado di collaborazione con i colleghi	Valuta costantemente le interrelazioni esistenti tra la propria attività e quella degli altri colleghi, agendo di conseguenza	
	Rapporti con i responsabili	Si intende valutare la correttezza dei rapporti intrattenuti con i responsabili e con gli eventuali altri superiori	
	Capacità di formulare proposte per il miglioramento del servizio	Si intende la capacità di presentare ai soggetti competenti proposte di miglioramento del servizio. Le proposte sono correlate sia al conseguimento dei risultati, sia al miglioramento dell'ambiente di lavoro	
	Attitudine al lavoro di gruppo	Integra la propria attività con quella dei colleghi riconoscendo che il proprio lavoro contribuisce al raggiungimento di un risultato collettivo	
	Adattabilità operativa	Collaborazione dimostrata nello svolgere la propria attività; adattabilità alle soluzioni di volta in volta individuate in relazione alle necessità riscontrate ed agli obiettivi definiti	
SUBTOTALE=			
	Elemento	Descrittori di giudizio	Valutazione da 1 a 5 punti
	Gestione della comunicazione	Comportamento atto a stabilire una relazione positiva con i colleghi della propria e delle altre unità operative	
	Sviluppo e condivisione della conoscenza	Si intende la capacità di condividere le competenze possedute con i colleghi e i collaboratori	
	Gestione della relazione	Individua ed utilizza modalità di rapportarsi agli altri e le adatta rispetto ai diversi interlocutori	
	Attitudine a contribuire positivamente al clima di lavoro	Si intende la tendenza a creare un buon clima all'interno del proprio gruppo di lavoro evitando di generare conflitti	
SUBTOTALE=			
	Elemento	Descrittori di giudizio	Valutazione da 1 a 5 punti
	Puntualità nell'esecuzione	Rispetta i tempi e i contenuti assegnati per l'esecuzione della prestazione ed interviene nei tempi opportuni anche in assenza di istruzioni specifiche	
	Diligenza nell'assolvimento dei propri compiti	Si intende l'accuratezza e la diligenza nell'assolvere i propri compiti e mansioni. Si tiene conto della necessità di verificare puntualmente che i compiti siano correttamente portati a termine	
	Disponibilità a sostenere obiettivi ulteriori rispetto a quelli prestabiliti	Si intende la disponibilità ad accettare, in conformità alle proprie mansioni e ai compiti ordinariamente affidati, ulteriori carichi di lavoro rispetto agli obiettivi prestabiliti	
	Adattabilità	Si intende la capacità di applicarsi a nuovi compiti mai svolti prima e/o variare le proprie responsabilità, comunque sempre nell'ambito delle mansioni proprie del profilo di appartenenza	
SUBTOTALE=			
TOTALE COMPLESSIVO=			

Area dell'efficienza	Elemento	Descrittori di giudizio	Valutazione da 1 a 5 punti
	Rispetto degli obiettivi prestazionali assegnati	Si valuta la tensione verso i risultati prestazionali previsti e l'attenzione verso di essi	
	Assunzione di iniziativa	Si intende valutare il comportamento tenuto in rapporto a situazioni che richiedono, nell'ambito delle proprie competenze, di intraprendere un'azione con un intervento immediato o tempestivo	
	Analisi e soluzione dei problemi	E' in grado di affrontare situazioni critiche e di risolvere problemi imprevisti, proponendo possibili alternative ed utilizzando le proprie conoscenze, anche derivanti dall'esperienza sul campo	
	Capacità di operare in base a programmi e/o progetti e direttive	Si intende la capacità di seguire autonomamente e senza bisogno di sollecitazioni un programma di lavoro o un progetto nel rispetto di obiettivi precisi e tempi di attuazione prestabiliti. Gli obiettivi di cui trattasi devono comunque rientrare nelle mansioni proprie della categoria di appartenenza	
SUBTOTALE=			
	Elemento	Descrittori di giudizio	Valutazione da 1 a 5 punti
	Grado di propensione all'arricchimento professionale	Cognizione dei propri debiti formativi, motivazione e disponibilità alla partecipazione a eventi formativi/aggiornamenti nel rispetto di criteri condivisi all'interno dell'unità operativa di appartenenza; capacità di attivare processi di autoformazione tramite letture di riviste e libri, ricerca scientifica multimediale, ecc...	
	Acquisizione e applicazione di nuove conoscenze/competenze a seguito di partecipazione a eventi formativi	Capacità di acquisire, trasmettere agli altri membri del gruppo/equipe, di attuare le informazioni/metodologie/soluzioni utili alle attività professionali	
SUBTOTALE=			
TOTALE COMPLESSIVO=			

(5) ECCELLENTE largamente al di sopra dell'attesa
 (4) BUONO superiore all'attesa
 (3) ADEGUATO in linea con l'attesa
 (2) MEDIOCRE inferiore all'attesa
 (1) SCARSO largamente al di sotto dell'attesa

La valutazione è negativa se < 55

OSSERVAZIONI DEL VALUTATO

OSSERVAZIONI DEL VALUTATORE

IL VALUTATORE

DATA _____

IL VALUTATO

DATA _____